



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# A ETIOLOGIA DAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM HOMENS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Sofia Scigliano Suárez*

Porto, Setembro de 2019



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# A ETIOLOGIA DAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM HOMENS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Sofia Scigliano Suárez*

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Bárbara Freire de Brito César Machado

Porto, Setembro de 2019

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>5</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS .....</b>	<b>6</b>
<b>ÍNDICE DE ANEXOS .....</b>	<b>7</b>
<b>GLOSSÁRIO .....</b>	<b>8</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>9</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>12</b>
1) CARACTERIZAÇÃO DAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR .....	12
a) Diagnóstico e Caracterização das Perturbações do Comportamento Alimentar .....	12
b) Caracterização Clínica das Perturbações do Comportamento Alimentar .....	14
<i>i) Anorexia Nervosa.....</i>	<i>15</i>
<i>ii) Bulimia Nervosa.....</i>	<i>16</i>
<i>iii) Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva.....</i>	<i>17</i>
2) COMORBILIDADES PSICOPATOLÓGICAS DAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR.....	18
3) EPIDEMIOLOGIA DAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR: INCIDÊNCIA, PREVALÊNCIA E MORTALIDADE .....	19
4) FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO INÍCIO DAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM HOMENS.....	21
<b>MÉTODO.....</b>	<b>25</b>
1) OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	25
2) AMOSTRA .....	25
3) INSTRUMENTOS .....	28
a) Índice de Graffar (Graffar, 1956).....	28
b) Eating Disorders Examination (Fairburn & Cooper, 1993; traduzido e adaptado por Machado, 2001).....	28
c) Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule (Fairburn & Welch, 1990; traduzida e adaptada por Gonçalves et al., 2001) .....	28
4) PROCEDIMENTOS.....	29
a) Recolha de dados .....	29
b) Tratamento e análise de dados .....	30
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>31</b>
1) CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E IDADE DE INÍCIO DAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR NOS HOMENS .....	31

<b>2) ANÁLISE DOS FR ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DAS PERTURBAÇÕES DO</b>	
<b>COMPORTAMENTO ALIMENTAR.....</b>	<b>33</b>
<b>a) Análise do Domínio I – Vulnerabilidade Pessoal .....</b>	<b>35</b>
<b>b) Análise do Domínio II – Vulnerabilidade Ambiental.....</b>	<b>36</b>
<b>c) Análise do Domínio III - Vulnerabilidade para Dietas .....</b>	<b>39</b>
<b>DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....</b>	<b>41</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>55</b>

## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Bárbara César Machado, a minha orientadora de dissertação, pela dedicação, paciência, incentivo, tranquilidade, calma e boa disposição que demonstrou e partilhou comigo durante todo o ano letivo. Obrigada pelo apoio e compreensão durante os momentos de maior abatimento, principalmente na reta final – foi fundamental ao longo deste percurso. Obrigada pela sua transmissão de conhecimentos tanto teóricos como práticos e pelos *feedbacks* tão valiosos. A sua partilha de experiência clínica foi por mim muito valorizada.

A todos os participantes desta investigação, pela partilha das vossas narrativas, experiências e acontecimentos de vida que me permitiram realizar este trabalho e querer aprender mais.

Aos Professores da FEP-UCP, pelos ensinamentos e partilha de momentos e experiências inesquecíveis. As diversas aulas foram sempre uma fonte de inspiração e aprendizagem inestimável. Obrigada por me ajudarem a desenvolver espírito crítico, pelo constante incentivo para continuar neste percurso e por terem contribuído para o meu crescimento académico.

Aos meus amigos e colegas da FEP-UCP, pelo apoio, carinho, motivação, momentos de felicidade genuína e por sempre receber-me com um sorriso na cara.

À minha família, H., M., L., W. & L., pelo amor incondicional e enorme investimento e sacrifício que estiveram dispostos a fazer para apoiar-me sempre nas minhas decisões, experiências e momentos desafiantes que este ano me trouxe.

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Caraterização da amostra.....	26
<b>Tabela 2</b> – Caraterização sociodemográfica da amostra.....	27
<b>Tabela 3</b> – Domínios e subdomínios da RFED.....	29
<b>Tabela 4</b> – Caraterísticas clínicas dos participantes com diagnóstico de PCA.....	32
<b>Tabela 5</b> – Frequências das caraterísticas clínicas da amostra com diagnóstico de PCA.....	33
<b>Tabela 6</b> – Teste do Qui-Quadrado relativo à associação estatisticamente significativa verificada no Domínio I – Vulnerabilidade Pessoal.....	35
<b>Tabela 7</b> – Teste do Qui-Quadrado relativo à associação marginalmente significativa verificada no Domínio I – Vulnerabilidade Pessoal.....	35
<b>Tabela 8</b> – Teste do Qui-Quadrado relativo às associações estatisticamente significativas verificadas no Domínio II – Vulnerabilidade Ambiental.....	36
<b>Tabela 9</b> – Teste do Qui-Quadrado relativo às associações marginalmente significativas verificadas no Domínio II – Vulnerabilidade Ambiental.....	38
<b>Tabela 10</b> – Teste do Qui-Quadrado relativo à associação estatisticamente significativa verificada no Domínio III – Vulnerabilidade para Dietas.....	39
<b>Tabela 11</b> – Teste do Qui-Quadrado relativo às associações marginalmente significativas verificadas no Domínio III – Vulnerabilidade para Dietas.....	40

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo I</b> – Lista de variáveis excluídas por falta de variabilidade em cada Domínio.....	56
<b>Anexo II</b> – Teste do Qui-Quadrado relativo às associações não significativas verificadas no Domínio I – Vulnerabilidade Pessoal.....	58
<b>Anexo III</b> – Teste do Qui-Quadrado relativo às associações não significativas verificadas no Domínio II – Vulnerabilidade Ambiental.....	60
<b>Anexo IV</b> – Teste do Qui-Quadrado relativo às associações não significativas verificadas no Domínio III – Vulnerabilidade para Dietas.....	63

## GLOSSÁRIO

**AN** – Anorexia Nervosa

**APA** – *American Psychiatric Association*

**BN** – Bulimia Nervosa

**CCI** – Comportamentos Compensatórios Inapropriados

**DSM** – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

**ED** – Eating Disorder/Eating Disorders

**EDE** – *Eating Disorder Examination*

**EFE** – Exercício Físico Excessivo

**FR** – Fator de Risco/Fatores de Risco

**PCA** – Perturbações do Comportamento Alimentar

**PIAC** – Perturbação da Ingestão Alimentar Compulsiva

**IAC** – Ingestão Alimentar Compulsiva

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**RF** – Risk Factor/Risk Factors

**RFED** – *Risk Factors for Eating Disorders*

**SPSS** – *Statistical Package for the Social Sciences*



## RESUMO

**ENQUADRAMENTO:** As perturbações do comportamento alimentar (PCA) têm sido descritas como perturbações mentais graves que acarretam consequências físicas e psicológicas consideráveis. A sua etiologia é considerada multifatorial, assegurando fatores biopsicossociais. O estudo destas perturbações no sexo masculino constitui um vazio na literatura a nível dos fatores de risco (FR) que vulnerabilizam os indivíduos para o desenvolvimento de uma PCA.

**OBJETIVO:** Este estudo teve como objetivos 1) caraterizar clinicamente os homens diagnosticados com PCA, 2) identificar a idade de início das PCA em homens, e 3) identificar os FR que vulnerabilizam os homens para o desenvolvimento de PCA (Machado, 2010).

**MÉTODO:** Participaram um total de 35 participantes (23 mulheres e 12 homens) com diagnóstico atual de PCA (APA, 2013) e cuja confirmação de diagnóstico foi realizada através da administração da *Eating Disorders Examination* (Fairburn & Cooper, 2000). A recolha de dados sobre os FR foi efetuada através da *Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule* (Fairburn & Welch, 1990).

**RESULTADOS:** Foram identificados 15 FR associados ao desenvolvimento de PCA em homens: fumar antes da idade de início e independentemente da idade e fumar antes/depois da idade de início, comparação com aparência das irmãs, importância dada à aparência e boa forma familiar, presença de doença familiar crónica e prolongada, presença de gozo por parte dos pares, presença de gozo por outros motivos que não peso/forma/alimentação, presença de gozo por parte dos pares vivenciado com sentido de ameaça e presença de gozo por parte dos pares por motivos relacionados com peso/forma/alimentação, comentários da família sobre o peso e forma, sensação de sentir-se enorme com preocupação, peso máximo do pai, peso na escola primária e consequências negativas do peso elevado na primária. Os FR foram identificados nos três domínios em avaliação: vulnerabilidade pessoal, vulnerabilidade ambiental e vulnerabilidade para dietas.

**Palavras-chave:** Perturbações do Comportamento Alimentar, Fatores de Risco, Homens e Idade de início.

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** Eating disorders (ED) have been described as severe mental disorders that carry extreme physical and psychological consequences. Its aetiology is multifactorial, including biopsychosocial factors. The study of these disorders on males has been neglected by researchers, regarding the levels of Risk Factors (RF) that make individuals vulnerable for developing an ED.

**OBJECTIVES:** This study aimed 1) to perform a clinical characterization of men with EDs, 2) identify the age of onset of EDs start in men, and 3) identify the RF that precede the development of EDs in men (Machado, 2010).

**METHODS:** 35 patients (23 women and 12 men) with a current diagnosis of an ED (APA, 2013) participated in this study, in which diagnostic confirmation was made through the *Eating Disorders Examination* (Fairburn & Cooper, 2000). The *Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule* (Fairburn & Welch, 1990) was used to evaluate risk factors.

**RESULTS:** 15 RF were identified: smoking before ED onset and smoking before/after ED onset, comparison with sisters' appearance, the importance of fitness and appearance in the family, long term and chronic disease in the family, peer teasing, peer teasing not associated to weight/shape/feeding, threatening peer teasing, peer teasing associated to weight/shape/feeding, critical comments about weight/shape made by family member, feeling of being huge, father's maximum weight, being overweight during primary school and its negative consequences. RF were identified in the following three domains assessed: personal vulnerability, environmental vulnerability and dietary Vulnerability.

**Key words:** Eating Disorders, Risk Factors, Men, Onset.

## INTRODUÇÃO

As PCA são perturbações complexas, caracterizadas por uma preocupação excessiva com alimentação, peso e forma corporal. Esta preocupação leva a comportamentos compensatórios inapropriados (CCI) como restrição alimentar, jejum, episódios purgativos e exercício físico excessivo (APA, 2013). Para o indivíduo com PCA, estes sintomas tornam-se o seu foco principal impactando todas as áreas do funcionamento (APA, 2013; Fairburn & Harrison, 2003).

Nos estudos empíricos, existe um forte consenso pelos investigadores e profissionais de saúde da área das PCA de que a origem destas perturbações é multifatorial (Carmo, 2001; Carr & McNulty, 2016; Darcy & Lin, 2012; Fairburn, Welch, Doll, Davies, & O'Connor, 1997; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Machado, Gonçalves, Martins, Hoek, & Machado, 2014; 2015) e os diferentes FR, associados à vulnerabilização para o desenvolvimento de uma PCA, resultam de complexas interações entre fatores de cariz genético, psicológico e ambiental (sociocultural e familiar) (Gouveia, 2000; Pike et al., 2008). Assim sendo, e segundo Jacobi e Fittig (2010), a literatura científica não espelha que o desenvolvimento de uma PCA ou o seu respetivo polimorfismo sejam assegurados por um único potencial FR.

Estas perturbações foram durante anos de investigação essencialmente diagnosticadas no sexo feminino. Aliás, o próprio Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da American Psychiatry Association (DSM-IV; 1996) veiculava um critério para o diagnóstico de AN, nomeadamente a amenorreia, que só está presente nas mulheres. Contudo, as últimas décadas de investigação têm demonstrado que esta perturbação também ocorre no sexo masculino (Dominé, Berchtold, Akre, Michaud, & Suris, 2009). Não obstante estas perturbações sejam prevalentes nos dois sexos, Galusca e colaboradores (2012) reportam que, numa pesquisa através da PubMed, apenas 1% da literatura disponível sobre a Anorexia Nervosa (AN) referia-se a indivíduos do sexo masculino. Compreende-se, então, que existe um grande vazio na literatura sobre esta problemática nos homens, não só a nível da caracterização clínica, mas também da sua etiologia (Coelho, Kumar, Kilvert, Kunkel & Lam, 2015; Vo, Lau, & Rubinstein, 2016).

Neste sentido, este estudo pretende identificar os FR que podem constituir-se como fatores de vulnerabilidade específica dos homens para o desenvolvimento subsequente de uma PCA.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1) Caracterização das Perturbações do Comportamento Alimentar

#### a) Diagnóstico e Caracterização das Perturbações do Comportamento Alimentar

As PCA são problemas de saúde graves que impactam negativamente tanto o bem-estar psicológico como o fisiológico do indivíduo (Welch, Ghaderi, & Swenne, 2015). Contudo, estas só se tornaram reconhecidas como entidades nosológicas nas últimas duas décadas de investigação (Collier & Treasure, 2004; Machado, 2010).

Machado e Gonçalves (2019) referem que, recentemente, as PCA foram alteradas ao nível dos quadros clínicos associados aos seus diferentes diagnósticos. Segundo estes autores, até à quarta edição do DSM (APA, 1996) era possível distinguir dois grupos de perturbações da alimentação distintos: (a) as relacionadas com o desenvolvimento durante a infância, que incluíam as perturbações da alimentação e do comportamento alimentar da primeira infância e/ou do início da segunda infância; e (b) as relacionadas com o diagnóstico tipicamente realizado ao longo da adolescência, que incluíam as PCA. Atualmente, as Perturbações da Alimentação e da Ingestão incluem todas as entidades nosológicas “caracterizadas por uma perturbação persistente na alimentação ou na ingestão, que resulta na alteração do consumo ou absorção dos alimentos e que provoca défice significativo na saúde física ou no funcionamento psicossocial” (DSM-5, p. 393; APA, 2013) e incluem a pica, o mericismo, a perturbação de ingestão alimentar evitante/restritiva, a AN, a BN e a perturbação de ingestão alimentar compulsiva (PIAC).

Em relação às PCA, o DSM-5 (APA, 2013) distingue cinco entidades nosológicas distintas, nomeadamente a AN, a Bulimia Nervosa (BN), a PIAC, a Perturbação da Alimentação e da Ingestão com Outra Especificação e as Perturbação da Alimentação e da Ingestão Não Especificada.

Relativamente à AN, os critérios de diagnóstico propostos pelo DSM-5 (APA, 2013) incluem a restrição do consumo de energia relativamente às necessidades, conduzindo a um peso significativamente baixo para a idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física; medo intenso de ganhar peso ou engordar ou comportamentos persistentes que interferem com o ganho de peso, mesmo quando tem peso significativamente baixo; perturbação na própria apreciação de peso ou forma corporal, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação, ou ausência de reconhecimento persistente da gravidade do baixo peso atual.

É preciso distinguir os dois subtipos desta perturbação: o restritivo e a ingestão compulsiva/purgativa. No subtipo restritivo o indivíduo não recorre a episódios de ingestão alimentar compulsiva (IAC) ou a comportamentos purgativos recorrentes (*i.e.*, vômito autoinduzido, abuso de laxantes, diuréticos ou enemas). No subtipo purgativo, o indivíduo apresenta episódios de IAC ou comportamentos purgativos recorrentes.

Ainda, esta PCA tem quatro níveis de gravidade de acordo com o seu IMC,<sup>1</sup> nomeadamente: Ligeira ( $\text{IMC} \geq 17 \text{ kg/m}^2$ ), Moderada ( $\text{IMC} = 16 - 16,99 \text{ kg/m}^2$ ), Grave ( $\text{IMC} = 15 - 15,99 \text{ kg/m}^2$ ) e Extrema ( $\text{IMC} < 15 \text{ kg/m}^2$ ) (APA, 2013).

Relativamente à BN, para esta poder ser diagnosticada é necessária a existência de episódios recorrentes de IAC, caracterizados por comer, num período curto de tempo, uma quantidade de comida superior do que a maioria dos indivíduos comeria num período semelhante de tempo e sob circunstâncias similares; e sensação de falta de controlo sobre o ato de comer durante o episódio acima mencionado (APA, 2013). Para além disto, indivíduos com BN apresentam CCI recorrentes de forma a impedir ganho ponderal (*i.e.*, vômito autoinduzido, uso de laxantes, diuréticos, jejum ou exercício físico excessivo (EFE)). Para o diagnóstico de BN poder ser realizado, é necessário que a IAC e os CCI ocorram ambos pelo menos uma vez por semana durante um período de três meses. Adicionalmente, a autoavaliação dos indivíduos é indevidamente influenciada pelo peso e forma corporais e a perturbação não ocorre exclusivamente durante os episódios de AN.

O nível de gravidade da BN baseia-se na frequência dos CCI. Os quatro níveis de gravidade são Ligeira (um a três episódios de CCI / semana), Moderada (quatro a sete episódios de CCI / semana), Grave (oito a 13 episódios de CCI / semana) e Extrema (14 ou mais episódios de CCI / semana) (APA, 2013).

Relativamente à PIAC, caracteriza-se pela presença de episódios de IAC semelhantes aos apresentados na BN (APA, 2013). Contudo, estes episódios devem estar associados a três ou mais dos seguintes sintomas: ingestão muito mais rápida que o habitual e/ou de grandes quantidades de comida apesar de não sentir fome, comer até se sentir desagradavelmente cheio ou sozinho por se sentir envergonhado pela sua voracidade, e sentir desgostoso consigo próprio, deprimido ou com grande culpabilidade depois da IAC. Para poder ser realizado o diagnóstico de PIAC, as IAC devem acontecer, aproximadamente, uma vez por semana durante três meses. Estes episódios não podem estar associados ao uso regular de CCI, como acontece na BN, e não podem ocorrer exclusivamente durante a evolução nem da AN nem BN.

---

<sup>1</sup> O Índice de Massa Corporal é definido como o peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros ( $\text{kg/m}^2$ ) (WHO, 2000).

O nível de gravidade da PIAC pode especificar-se em quatro subtipos de gravidade de acordo com a frequência dos episódios de IAC: Ligeira (um a três episódios / semana), Moderada (quatro a sete episódios / semana), Grave (oito a 13 episódios / semana) e Extrema (14 ou mais episódios / semana) (APA, 2013).

## **b) Caracterização Clínica das Perturbações do Comportamento Alimentar**

Apesar de haver convergência em termos de manifestações clínicas entre o sexo masculino e feminino, a literatura aponta para a existência de diferenças clinicamente significativas entre homens com PCA e mulheres com PCA (Núñez-Navarro et al., 2012; Schaumberg et al., 2017; Weltzin et al., 2005; Woodside et al., 2001). Segundo Reas e Stedal (2015), as manifestações clínicas das PCA em homens, que refletem os comportamentos e pensamentos característicos desta população, incluem a restrição e evitamento alimentar, comportamentos ritualísticos, preocupação com o peso, forma corporal e contagem de calorias, episódios de IAC e CCI.

A idade índex, compreendida como a idade em que o primeiro comportamento alimentar característico de uma PCA teve início (*i.e.*, dieta prolongadas e estruturadas, episódios recorrentes de IAC, vômitos autoinduzidos) (Fairburn et al., 1998; Machado et al., 2014; Pike et al., 2008), ocorre normalmente ao longo da adolescência ou no início da idade adulta (Carlat, Camargo, & Herzog, 1997; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Contudo, este tópico constitui-se como controverso na literatura uma vez que não existe consenso entre investigadores. Por um lado, Welch e colaboradores (2015) referem que a idade de início do desenvolvimento de uma PCA é semelhante entre ambos os sexos e, por outro lado, outros autores defendem que a idade de início do desenvolvimento de uma PCA em homens ocorre mais tardiamente, nomeadamente entre os 18 e os 26 anos (Bramon-Bosch, Troop, & Treasure, 2000; Carlat & Camargo, 1991; Crisp et al., 2006; Gueguen et al., 2012; Núñez-Navarro et al., 2012; Støving, Andries, Brixen, Bilenberg, & Hørder, 2011). Støving e colaboradores (2011) salientam que esta diferença pode ser explicada através de fatores biológicos pois a puberdade nos homens tem início e fim aproximadamente dois anos mais tarde do que nas mulheres.

A seguir serão descritas as características clínicas de homens que apresentam diagnóstico de AN, BN e PIAC.

### **i) Anorexia Nervosa**

O DSM-5 (APA, 2013) não engloba critérios biológicos para a diferenciação da AN entre sexos. Contudo, a Classificação Internacional de Doenças (ICD-10; WHO, 1992) considera a presença de disfuncionalidade endócrina nos indivíduos com esta perturbação, o que *per si* diferencia os indivíduos pelo seu sexo. Assim sendo, indivíduos do sexo feminino manifestam clinicamente amenorreia e, por outro lado, indivíduos do sexo masculino apresentam diminuição dos níveis de testosterona e interesse e funcionamento sexual (Greenberg & Schoen, 2008; Støving et al., 2011). Desta forma, com esta nova alteração do DSM-5 (APA; 2013), será possível aumentar o número de homens com um diagnóstico de PCA.

Para além disto, é possível verificar que, relativamente à origem da restrição alimentar, os objetivos dos homens com AN diferem dos das mulheres uma vez que, em vez de estes serem orientados para o ideal de magreza, veiculado pela cultura ocidental ou perda de peso, a restrição nos homens ocorre com o intuito de aumentar a massa muscular e volume corporal (Darcy & Lin, 2002; Field et al., 2014; Greenberg & Shoen, 2008; Murray et al., 2012). Nesta lógica, Strober e colaboradores (2006) verificaram também que os homens se preocupam menos com o peso e com a sua forma corporal comparativamente com as mulheres. Esta dimensão foi observada não só em contexto clínico (Kjelsås, Augestad, & Flanders, 2003) como também em contexto comunitário (Lewinsohn, Seeley, Moerk, & Striegel-Moore, 2002). Para além disso, e como salienta Murray, Griffiths e Mond (2016) no seu estudo sobre a musculabilidade em homens com PCA, esta preocupação com a forma corporal foca-se maioritariamente na “forma masculina idealizada” (e.g. ombros largos, cintura e ancas finas), do que na magreza *per se*. A partir desta premissa, Darcy e Lin (2012), no seu estudo comparativo entre adolescentes do sexo masculino e feminino ambos diagnosticados com AN, verificaram que os rapazes tinham maior tendência a desejar um corpo com a parte abdominal definida e tonificada do que um abdómen liso e sem gordura acumulada.

Apesar da preocupação ser inferior quando comparados com mulheres, torna-se importante mencionar que os homens reportam experienciar sintomatologia depressiva e aumento da insatisfação corporal após a exposição a publicidade e a redes sociais, onde é mostrado o denominado corpo ideal com “forma masculina idealizada”. Segundo Halliwell, Dittmar e Orsborn (2007), este ideal atual do que é um corpo masculino está a tornar-se cada vez menos realista para os indivíduos do sexo masculino, promovendo, assim, insatisfação corporal e prática de EFE. A prática de EFE é considerada uma característica clínica fundamental para a manifestação da AN em homens (Strother, Lemberg, Stanford, & Turberville, 2012) e

esta é frequentemente o primeiro sintoma a recair e um dos últimos sintomas a entrar em remissão (Murray, Griffiths, Rieger, & Touyz, 2014). Estes mesmos autores referem que, comparativamente com as mulheres, os homens praticam EFE de forma a promover a sua regulação emocional. Nesta lógica, a prática de exercício físico não tem unicamente funções fisiológicas, mas também psicológicas; isto é, a prática de exercício físico apresenta funções que vão para além do controlo do peso e forma corporal, como era inicialmente assumido pela comunidade científica. Assim sendo, esta componente de regulação emocional tem sido verificada nos homens que desejam um corpo musculado (Murray et al., 2014). No estudo empírico destes autores verificou-se que, numa amostra clínica de homens e mulheres com AN, os homens praticavam mais exercício físico e com regimes mais rígidos e repetitivos, sempre com o intuito de diminuir ou evitar emoções negativas e aumentar emoções positivas.

## **ii) Bulimia Nervosa**

É possível verificar diferenças significativas entre os sexos relativamente à manifestação clínica da IAC, como sintoma da BN. Durante episódios de IAC, por um lado, as mulheres demonstram mais interesse por alimentos doces e hidratos de carbono do género *snacks* (e.g. chocolates, batatas fritas) (Chao, Grilo, & Sinha, 2016), enquanto que por outro, os homens demonstram mais interesse por alimentos com alto teor em proteínas e gorduras (e.g. carnes, pizzas) (Wansink, Cheney, & Chan, 2003). Apesar de os indivíduos do sexo masculino adolescentes e adultos de facto comerem mais quantidade de comida comparativamente com as mulheres (Lewinsohn et al., 2002; Striegel-Moore et al., 2009), Forney, Holland, Joiner e Keel (2015) referem que existem diferenças entre os dois sexos relativamente à perceção subjetiva do volume de comida ingerida num episódio de IAC. Isto é, indivíduos do sexo masculino têm maior tendência para considerar ter consumido grandes quantidades de comida, mas menos perda de controlo durante a ingestão, ou sofrimento ou culpa associados a estes episódios (Lewinsohn et al., 2002; Striegel-Moore et al., 2009). Ainda, é possível constatar que os homens apresentam maior tendência para demonstrar menos preocupação sobre o seu comportamento alimentar (Lewinsohn et al., 2002), embora o impacto no funcionamento psicossocial, decorrente dos episódios de IAC, seja semelhante entre ambos sexos (Bentley, Gratwick-Sarll, Harrison, & Mond, 2015).

Em relação aos CCI, vários estudos indicam que indivíduos do sexo masculino apresentam maior tendência a envolver-se em comportamentos não purgativos, nomeadamente, restrição alimentar extrema e EFE, ao contrário do que acontece nas mulheres, que se



caraterizam mais por utilizar comportamentos purgativos (*e.g.* vômito autoinduzido, uso de laxantes) (Eneva et al., 2017; Núñez-Navarro et al., 2012; Striegel-Moore et al., 2009; Weltzin et al., 2005).

De acordo com Pila, Mond, Griffiths, Mitchison e Murray (2017), *cheat meals* e *cheat days* são práticas caraterizadas por longos períodos de tempo em restrição alimentar, onde se favorece um regime alimentar baixo em calorias e alto em proteínas, com o objetivo de aumentar massa muscular. Estes períodos são intercalados com refeições ou dias planeados de ingestão de grandes quantidades de alimentos altamente calóricos (*i.e.*, 1000 – 9000 calorias), alimentos estes muitas vezes considerados “proibidos”. Normalmente, estes episódios são discretos e seguem-se de CCI, nomeadamente, EFE e restrição alimentar mais intensa (Pila et al., 2017), pois imitam comportamentos do estilo da IAC, aumentando também o sentimento de culpa e vergonha associados a ingestão destes alimentos específicos (Schilling, 2018). Desta forma, verifica-se que estas duas práticas, comumente presentes em homens que procuram uma imagem corporal orientada para a definição muscular, parecem ter semelhança clínica com episódios de IAC (Pila et al., 2017). Contudo, no estudo realizado por Goldfield, Blouin e Woodside (2006) constatou-se que apesar de episódios de IAC terem sido detetados numa amostra significativa de indivíduos do sexo masculino que participam em competições de fisiculturismo, *cheat meals* e *cheat days* têm de facto emergido em contexto comunitário em atletas e não atletas masculinos que não praticam desportos que impliquem alterações corporais.

### **iii) Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva**

Em relação à manifestação clínica da PIAC, verifica-se que a literatura aponta para semelhanças entre homens e mulheres (Striegel-Moore & Franko, 2003; Tanofsky, Wilfley, Spurrell, Welch, & Brownell, 1997). É imprescindível mencionar que o sexo masculino, apesar de prevalente em estudos sobre episódios de IAC, continua a encontrar-se sub-representado nos estudos sobre PIAC. Por isso, os resultados de alguns estudos apontam para a maior prevalência do sexo feminino (Hudson, Hiripi, Pope Jr., & Kessler, 2007; Murray et al., 2017). Contudo, esta diferença entre sexos, de acordo com Murray e colaboradores (2017), pode dever-se ao facto de a PIAC exigir critérios de diagnóstico adicionais relacionados com manifestações emocionais negativas associadas aos episódios de IAC (*e.g.* vergonha, culpa, angústia). Os resultados do estudo de Lewinsohn e colaboradores (2002) sugerem que homens apresentam menor tendência para manifestar e reportar emoções negativas associadas a episódios de IAC. Assim sendo, isto significa que, embora ambos os sexos se encontrem igualmente propensos a

ter episódios de IAC, os homens, comparativamente com as mulheres, reportam menos vergonha, culpa e angústia sobre o seu comportamento alimentar.

Ainda, ao nível da manifestação clínica da PIAC, compreende-se que existem diferenças entre homens e mulheres relativamente à sobrevalorização do peso e forma corporal. O estudo desenvolvido por Shingleton, Thompson-Brenner, Thompson, Pratt e Franko (2015) revela que, em contexto clínico, indivíduos do sexo masculino apresentam níveis inferiores de preocupação com o seu peso e forma corporal comparativamente com mulheres. Contudo, a falta de implicações para a prática clínica desta informação contrapõe-se à investigação realizada unicamente com mulheres, onde os resultados sugerem que a sobrevalorização do peso e da forma corporal diferencia clinicamente, a nível de sofrimento e regulação emocional, casos de PIAC de indivíduos com obesidade sem episódios de IAC (Harrison, Mitchison, Rieger, Rodgers, & Mond, 2016).

## **2) Comorbilidades Psicopatológicas das Perturbações do Comportamento Alimentar**

Estudos sobre comorbilidades em contexto comunitário sugerem que existe associação entre as PCA e outras perturbações mentais e esta presença simultânea de perturbações pode complicar o seu respetivo tratamento (Gadalla, 2008; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016).

De acordo com Bean, Maddocks, Timmel e Weltzin (2005), indivíduos do sexo masculino com diagnóstico de PCA apresentam mais comorbilidade psicopatológica do que indivíduos do sexo feminino. Contudo, torna-se imprescindível mencionar que este estudo teve uma amostra reduzida ( $n = 27$  homens), o que não permite generalizar os seus resultados para a comunidade. Em vários estudos comparativos, homens com PCA apresentam taxas superiores de psicopatologia (Striegel-Moore, Garvin, Dohm, & Rosenheck, 1999; Ulfvebrand, Birgegård, Norring, Högdahl, & von Hausswolff-Juhlin, 2015); no entanto, outros estudos referem que não existem diferenças significativas entre sexos (Woodside et al., 2001), o que implica que mais pesquisas têm que ser realizadas no sentido de esclarecer estas incoerências na literatura.

Em relação ao sexo masculino com diagnóstico de PCA, as perturbações comórbidas mais prevalentes incluem as perturbações de ansiedade, do humor, da personalidade e do uso de substâncias. Tanto em contexto clínico como em comunitário, vários estudos consideram as perturbações do humor (com estimativas que variam entre os 20% a 98%) e da ansiedade (com estimativas que variam entre os 7% a 65%, sendo a perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de pânico e fobia social as mais comuns) como as mais prevalentes, não se apurando diferenças entre os sexos (Carlat et al., 1997; Gadalla, 2008; Herpertz-Dahlmann,

2015; Johnson, Cohen, Kasen, & Brook, 2002; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Norris et al., 2012; Ulfvebrand et al., 2015; Woodside et al., 2001). Para além disso, a perturbação obsessivo compulsiva e perturbação dismórfica corporal também apresentam uma alta prevalência, muito associadas a indivíduos com diagnóstico de AN (Carmo, 2001; Milos, Spindler, Ruggiero, Klaghofer, & Schnyder, 2002; Strother et al., 2012). Ainda, vários autores salientam que as perturbações da personalidade são frequentemente comórbidas com indivíduos que apresentam diagnóstico de PCA, sendo as mais comuns as perturbações dos grupos B e C (*e.g. borderline* e evitante) (Carlat et al., 1997; Carmo, 2001; Martinussen et al., 2017)

A perturbação do uso de substâncias (SUD) também é uma comorbidade psicopatológica apresentada por indivíduos com PCA. É de notar que no estudo de Keski-Rahkonen e Mustelin (2016) aproximadamente 10% dos indivíduos consumiam alguma substância de abuso (*e.g. álcool e cocaína*). Contudo, é importante mencionar que existe um aspeto particular sobre os indivíduos do sexo masculino que apresentam esta comorbidade: o uso de esteroides e hormonas de crescimento. Estas substâncias são essencialmente utilizadas devido aos seus efeitos anabólicos e metabólicos pois estas produzem rápido aumento da massa muscular. Segundo Strother e colaboradores (2012), o uso de esteroides e hormonas são utilizados por homens que sentem insatisfação com a sua imagem corporal e que procuram um corpo mais musculado e tonificado. Para além disto, supressores do apetite também são uma das substâncias mais utilizadas por homens com PCA que apresentam a SUD como comorbidade e cujo objetivo de utilização passa principalmente por suprimir o apetite e facilitar a restrição alimentar (Strother et al., 2012; Weltzin et al., 2012).

### **3) Epidemiologia das Perturbações do Comportamento Alimentar: Incidência, prevalência e mortalidade**

Como referido anteriormente, as PCA eram vistas como perturbações que afetavam essencialmente a população feminina. Por terem sido percebidas desta forma, os estudos sustentam que os homens, ao enfrentar este estigma, negam, minimizam ou não apresentam *insight* sobre a sua condição, afetando, assim, as estatísticas (Darcy & Lin, 2012; Raevuori, Keski-Rahkonen, & Hoek, 2014). Contudo, Smink, Hoeken, Oldehinkel e Hoek (2014) referem que com as alterações veiculadas pelo atual DSM-5 (APA, 2013), os critérios para as PCA tornaram-se transversais aos dois sexos, observando-se um aumento das taxas de incidência no sexo masculino.

Fairburn e Harrison (2003) referem que as PCA são uma das perturbações mentais graves mais prevalentes, sendo que a AN e a BN afetam, aproximadamente, 2 a 4% da população mundial (Weltzin et al., 2005). Aproximadamente 10% dos indivíduos com diagnóstico de PCA são do sexo masculino (Carlat et al., 1997) e dados de estudos epidemiológicos recentes apontam para uma maior prevalência de indivíduos do sexo masculino com PCA em contexto comunitário do que em contexto clínico (Darcy & Lin, 2012; Vo, Lau, & Rubinstein, 2016; Woodside et al., 2001), o que faz sentido devido ao historial destas perturbações. Ainda, Kjelsås, Bjørnstrøm e Gøtestam (2004) indicam que nos últimos anos se tem verificado um aumento significativo das taxas de PCA em homens em vários países europeus.

Em relação à AN, estudos em contexto comunitário estimam que a prevalência da população masculina esteja compreendida entre 0,1% a 0,3% (Kjelsås et al., 2004; Raevuori et al., 2014). Relativamente à BN, as estatísticas apontam para 0,1% a 1,6% de prevalência nos homens, representado estes últimos até um terço de todos os casos de BN na população geral (Kjelsås et al., 2004; Smink et al., 2014). A prevalência apresentada nos estudos sobre a PIAC em homens sugere que esta se encontra entre 0,3% a 2,0% da população geral (Hudson et al., 2007).

No que respeita à procura de tratamento em ambos os sexos, a prevalência é baixa (Eisenberg, Nicklett, Roeder, & Kirz, 2011), contudo, Keel (2017) refere que a população masculina procura menos tratamento sendo um dos motivos o estigma associado às PCA nos homens. Em contextos clínicos, o sexo masculino constitui entre 5% a 10% dos indivíduos com AN que procuram tratamento (Striegel-Moore et al., 1999), 5% a 10% com BN (Carlat et al., 1997) e 40% com PIAC (Muisse, Stein, & Arbess, 2003).

As PCA constituem-se como uma das perturbações mentais com a taxa de mortalidade mais elevada (Melin & Araújo, 2002; Smink, van Hoeken, & Hoek, 2012), tendo a AN a taxa mais elevada comparativamente com as outras PCA (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011). Tendo em conta o estudo de Gueguen e colaboradores (2012) com população masculina francesa, a taxa de mortalidade nos homens com PCA é alta sendo que os fatores preditores incluem baixo IMC, idade de início de tratamento mais avançada e diagnóstico de AN restritiva. Esta taxa, comparativamente com a população geral do mesmo sexo e idade, era oito vezes mais elevada.

Ainda, os ferimentos autoinfligidos, as tentativas de suicídio e o próprio suicídio são considerados por Keski-Rahkonen e Mustelin (2016) e Schaumberg e colaboradores (2017) como as consequências mais graves associadas ao diagnóstico de uma PCA. Numa meta-análise

onde foram analisados 42 artigos publicados, concluiu-se que em 3006 indivíduos com PCA houve 178 mortes. Destas 178 mortes, 54% foram devido a complicações associadas à perturbação, 27% cometeram suicídio e os restantes 19% morreram de causas desconhecidas ou outras mais específicas (Sullivan, 1995). No entanto, apesar do risco de suicídio ser superior nestas perturbações, Yao e colaboradores (2016) asseguram que este aumento não é melhor explicado por perturbações comórbidas, o que implica que as PCA aumentam significativamente as taxas de mortalidade.

#### **4) Fatores de Risco associados ao início das Perturbações do Comportamento Alimentar em homens**

FR são entendidos atualmente como “caraterísticas, acontecimentos ou experiências que precedem o início de um resultado de interesse, neste caso, de uma PCA e, se presente, está associado ao aumento da probabilidade – risco, de um determinado resultado sobre os resultados obtidos na população em geral, não exposta” (Machado, 2010, p. 5).

De acordo com Striegel-Moore e Bulik (2007), a identificação de FR associados ao desenvolvimento de uma PCA permite diminuir o estigma associado a estas perturbações mentais, pois as causas passarão a ser vistas como extrínsecas ao indivíduo. Para além disso, permite também identificar grupos de alto risco para implementar intervenções focadas na saúde mental, através de, por exemplo, programas de promoção e prevenção.

À semelhança do que acontece noutras perturbações mentais graves, a etiologia das PCA é considerada multifatorial, não podendo identificar-se um único fator que isoladamente seja responsável pelo desenvolvimento ou pela variabilidade de uma PCA (Cooper, 1995; Machado, 2010; Schaumberg et al., 2017).

Um dos FR mais consensuais na literatura em ambos os sexos é o historial de obesidade pré-mórbida e excesso de peso durante a infância e adolescência (Carlat et al., 1997; Fairburn et al., 1997; Fernández-Aranda et al., 2004; Gueguen et al., 2012; Gonçalves, Machado, Martins, Hoek, & Machado, 2016; Machado et al., 2014; Raevuori et al., 2014; Strother et al., 2012; Vo et al., 2016; Welch et al., 2015). Antes de desenvolver uma PCA, os homens frequentemente apresentam obesidade com  $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$  e, de acordo com Strother e colaboradores (2012), estes são particularmente suscetíveis se tiveram obesidade durante a infância. Este fator é considerado uma área onde os homens e mulheres com PCA divergem, pois, na literatura as mulheres estão mais comumente insatisfeitas com o seu corpo e mais propensas a considerar que o seu peso é superior ao desejado antes de se envolver em CCI

(Carlat et al., 1997; Strother et al., 2012). Num estudo realizado por Zuckerman, Colby, Ware e Lazerson (1986), numa amostra com estudantes universitários, 13% dos homens considerava que tinha excesso de peso, sendo que apenas 11% é que na verdade tinha excesso de peso. Por outro lado, 50% da amostra feminina considerava ter excesso de peso quando, na verdade, apenas 10% era assim caracterizada.

Outro fator que aumenta a probabilidade de desenvolver uma PCA é a prática de EFE. Embora alguma investigação defenda que existe pouca diferença significativa entre ambos sexos relativamente a este FR (Carlat et al., 1997), outros autores defendem que esta prática de EFE, muitas vezes associado ao envolvimento em competições desportivas, principalmente desportos que exigem pouca gordura corporal ou grande perda de peso, representam um risco para o desenvolvimento de uma PCA em homens (Adkins & Peel, 2005; Dalle Grave, Calugi, & Marchesini, 2008; Murray et al., 2014; Raevuori et al., 2014; Weltzin et al., 2005). Um estudo norueguês com atletas de alta competição constatou que as taxas de PCA em homens que praticavam desporto profissionalmente duplicavam comparativamente com a população masculina em geral. Em desportos anti gravitacionais (*e.g.* salto com vara), as taxas aumentavam consideravelmente em relação ao grupo de controlo (Sundgot-Borgen, & Torstveit, 2004).

Outro FR consensual na literatura, destacado por, nomeadamente, Raevuori e colaboradores (2014), inclui dietas prolongadas e a insatisfação com imagem corporal. Nesta última torna-se necessário distinguir entre a preocupação com o peso corporal e a forma corporal, uma vez que estas dimensões são comuns em homens (Field et al., 2014). Tal como previamente exposto, a insatisfação corporal nos homens advém não do peso corporal *per se*, mas sim da forma corporal, pois esta é focada maioritariamente na “forma masculina idealizada”. Tiggermann, Martins e Kirkbride (2007) verificaram que 80% dos homens do seu estudo não se encontravam satisfeitos com a sua forma corporal. Um estudo de grande escala também revelou que a insatisfação corporal por parte dos homens tem aumentado drasticamente nas últimas três décadas, passando de 15% para 43%, valores estes que podem ser comparados com as prevalências das mulheres (Goldfield et al., 2006). Por outro lado, é imprescindível mencionar que esta insatisfação não corresponde unicamente ao próprio, mas também à insatisfação ou atitudes negativas face ao peso dos pais (Machado et al., 2015).

Problemas alimentares durante a infância também podem ser considerados FR, tal como aponta o estudo longitudinal realizado por Marchi e Cohen (1990). Os dois grandes resultados deste estudo foram 1) problemas a nível digestivo e a ingestão alimentar restritiva/evitante durante a infância relacionam-se, prospectivamente, com subsequente sintomatologia

caraterística da AN; e 2) o risco de desenvolver BN era sete vezes superior quando durante a infância existiu pica, recusa alimentar, falta de apetite e/ou problemas digestivos.

Para além disso, a ocorrência de acontecimentos adversos também se constitui como um FR para os homens. Estes acontecimentos podem incluir a perda de um familiar, conflitos familiares e abuso físico durante a infância e adolescência (Gonçalves et al., 2016; Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer, & Agras, 2004; Machado et al., 2014; 2015; Weltzin et al., 2005). Ainda, o gozo por parte dos pares sobre o peso, forma corporal e alimentação, como acontecimento adverso, é também um FR muito citado na literatura de ambos os sexos. Na recente revisão sistemática e meta-análise realizada por Lie, Rø e Bang (2019) sobre a associação entre o gozo e o desenvolvimento de uma PCA, os resultados demonstraram que, comparativamente com o grupo de controlo saudável, os indivíduos com PCA tinham entre duas a três vezes mais probabilidade de serem vítimas de gozo devido à aparência, peso ou alimentação e terem sofrido bullying antes da idade de início da PCA.

Por último, as interações familiares disfuncionais e o histórico familiar de psicopatologia aumentam a probabilidade de desenvolver uma PCA (Fairburn, Cooper, Doll, & Welch, 1999; Gonçalves et al., 2016; Jacobi et al., 2004; Johnson et al., 2002; Machado et al., 2014; 2015; Pike et al., 2008; Raevuori et al., 2014; Tanofsky et al., 1997). Estes autores referem que as caraterísticas da relação indivíduo-família de homens com PCA incluem problemas a nível da estrutura familiar, disfunção inter-relacional entre os diferentes membros do núcleo familiar, utilização de estilos comunicacionais desadequados e adoção de estilos parentais promotores de disfuncionalidade (*e.g.* comentários críticos sobre aparência e peso). Os resultados do estudo de Kinzl, Mangweth, Traweger e Biebl (1997) sugerem que 26.2% dos indivíduos reportavam um ambiente familiar disfuncional e problemático, 4.0% tiveram experiências de abuso sexual e 3.6% foram vítimas de abuso físico. Por este motivo, Jacobi e colaboradores (2004) acrescentam à lista de FR o abuso sexual, sendo que este para ser considerado FR não tem necessariamente que ter ocorrido durante a infância, mas sim antes da idade de início do desenvolvimento da PCA. A nível do histórico familiar psicopatológico, o estudo de Vo e colaboradores (2016) revela que a presença desta variável num familiar de primeiro grau foi contemplada em 12.1% dos homens da amostra.

Um dos maiores desafios no estudo da etiologia das PCA passa por capturar a complexidade desta perturbação multifatorial. Os potenciais contributos para o aumento do risco desta perturbação abrangem desde a fase pré-natal até a idade adulta incluindo fatores biopsicossociais. Assim sendo, a complexidade do desenvolvimento de uma PCA confere desafios metodológicos na investigação desta perturbação (Pike et al., 2008). O estudo de Jacobi e colaboradores (2004) identificou 28 estudos longitudinais que examinavam a etiologia da psicopatologia alimentar; porém, nenhum destes estudos gerou resultados estatisticamente significativos que pudessem contribuir para aumentar o conhecimento sobre este tema.

Dos estudos previamente mencionados relativamente aos FR em homens, poucos referem se a idade de início da PCA diagnosticada foi controlada e qual foi a metodologia implementada. Deste modo, compreende-se que o carácter precedente dos FR para esta população pode não ter sido assegurado e, por este motivo, este estudo de cariz exploratório tem como objetivo identificar e compreender quais são os FR que precedem o desenvolvimento de uma PCA em homens, contribuindo assim para importância de identificar FR como proposto por Striegel-Moore e Bulik (2007). As limitações metodológicas apresentadas na literatura serão ultrapassadas na medida em que o presente estudo, metodologicamente, através da entrevista clínica que tem sido utilizada com amostras femininas – *Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule* (Fairburn & Welch, 1990) – procurará assegurar o carácter pré-mórbido, precedente dos FR em estudo.



## MÉTODO

### 1) Objetivo geral e objetivos específicos

Através da revisão da literatura realizada, constata-se que a investigação é escassa sobre os estudos realizados com participantes do sexo masculino, sobretudo no que à etiopatologia diz respeito. Por este motivo, este estudo apresenta como principal objetivo a identificação dos principais FR que vulnerabilizam um indivíduo do sexo masculino a desenvolver uma PCA.

Tendo em conta o objetivo principal, serão avaliadas outras dimensões que constituir-se-ão como objetivos mais específicos. Estes objetivos incluem 1) a caracterização clínica das PCA nos homens; 2) a identificação da idade de início das PCA nos homens; e 3) a identificação dos FR associados ao desenvolvimento das PCA nos homens e respetiva organização em 3 domínios distintos (Vulnerabilidade Pessoal, Vulnerabilidade Ambiental e Vulnerabilidade para Dietas) (Machado, 2010). Estes domínios são avaliados pelo instrumento adotado no âmbito da recolha de dados e serão posteriormente detalhados na secção dos instrumentos.

### 2) Amostra

A amostra deste estudo foi constituída por um total de 35 participantes, 23 mulheres (65.70%) e 12 homens (34.30%) com diagnóstico atual de PCA (DSM-5; APA, 2013). As idades estão compreendidas entre os 15 e os 44 anos ( $M = 24.20$ ;  $DP = 8.17$ ), sendo que os indivíduos do sexo feminino são ligeiramente mais velhos do que os indivíduos do sexo masculino ( $M = 24.78$ ;  $DP = 9.21$  vs.  $M = 23.08$ ;  $DP = 5.89$ , respetivamente).

Relativamente ao diagnóstico, verifica-se que 56.5% mulheres ( $n = 13$ ) e 66.7% homens ( $n = 8$ ) têm o diagnóstico de AN restritiva, 17.4% mulheres ( $n = 4$ ) têm diagnóstico de AN purgativa, 13.0% mulheres ( $n = 3$ ) e 25.0% homens ( $n = 3$ ) estão diagnosticados com BN, 8.7% mulheres ( $n = 2$ ) têm diagnóstico de PIAC e, 4.3% mulher ( $n = 1$ ) e 8.3% homem ( $n = 1$ ) foram diagnosticados com uma PCA Não Especificada (Tabela 1).

**Tabela 1.** Caraterização sociodemográfica da amostra

Participantes com diagnóstico de PCA				
(N = 35)				
	Mulheres (n = 23)		Homens (n = 12)	
	M (DP)	Amplitude	M (DP)	Amplitude
Idade	25.14 (9.26)	15 – 44	23.08 (5.89)	18 – 36
	n (%)		n (%)	
Diagnóstico Clínico				
Anorexia Nervosa Restritiva	13 (56.5)		8 (66.7)	
Anorexia Nervosa Purgativa	4 (17.4)		–	
Bulimia Nervosa	3 (13.0)		3 (25.0)	
Perturbação da Ingestão Alimentar Compulsiva	2 (8.7)		–	
PCA Não Especificada	1 (4.3)		1 (8.3)	

Tal como pode ser visualizado na tabela 2, relativamente às mulheres, verifica-se que 87.0% são solteiras ( $n = 20$ ) e 13.0% estão casadas ou a viver junto ( $n = 3$ ). Quanto à situação profissional, 26.1% encontram-se empregadas ( $n = 6$ ), 13.0% estão desempregadas ( $n = 3$ ) e 60.90% são estudantes ( $n = 14$ ). 4.3% ( $n = 1$ ) dos participantes têm como habilitação literária 1º ciclo, 13.0% 2º ciclo ( $n = 2$ ), 39.1% 3º ciclo ( $n = 9$ ), 26.1% ensino secundário ( $n = 6$ ), 13.0% licenciatura ( $n = 3$ ) e 4.3% uma pós-graduação ( $n = 1$ ).

Tendo em conta os homens, compreende-se que todos são solteiros. Relativamente à situação profissional, 8.3% encontra-se empregado ( $n = 1$ ), 50.0% estão desempregados ( $n = 6$ ) e 41.7% são estudantes ( $n = 5$ ). Quanto à habilitação literária 8.3% concluiu 3º ciclo ( $n = 1$ ), 50.0% terminou o ensino secundário ( $n = 6$ ), 8.3% tem um curso técnico-profissional ( $n = 1$ ) e 33.3% são licenciados ( $n = 4$ ).

**Tabela 2.** Caraterização sociodemográfica da amostra

<b>Participantes com diagnóstico de PCA</b>			
<b>(N = 35)</b>			
		<b>Mulheres (n = 23)</b>	<b>Homens (n = 12)</b>
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Estado Civil</b>			
	Solteiro	20 (87.0)	12 (100)
	Casado ou viver junto	3 (13.0)	—
<b>Habilitações Literárias</b>			
	1º ciclo	1 (2.9)	—
	2º ciclo	3 (8.6)	—
	3º ciclo	10 (28.6)	1 (8.3)
	Ensino Secundário	12 (34.3)	6 (50.0)
	Técnico profissional	1 (2.9)	1 (8.3)
	Ensino Superior	7 (20.0)	4 (33.4)
	Pós-graduação	1 (2.9)	—
<b>Situação Profissional</b>			
	Empregado	6 (26.10)	1 (8.3)
	Desempregado	3 (13.0)	6 (50.0)
	Estudante	14 (60.90)	5 (41.7)
<b>Tipo de Estudante</b>			
	A frequentar o ensino básico	4 (17.4)	—
	A frequentar o ensino complementar	3 (13.0)	—
	A frequentar o ensino superior	6 (26.1)	4 (33.3)
	A frequentar formação profissional	—	1 (8.3)
	Não se aplica <sup>2</sup>	10 (43.5)	7 (58.4)
<b>Nível Socioeconómico</b>			
	Superior	3 (13.04)	1 (8.33)
	Médio alto	5 (21.74)	3 (25.0)
	Médio	5 (21.74)	—
	Missing <sup>3</sup>	10 (43.48)	8 (66.67)

<sup>2</sup> Na Tabela 2 os valores relativos à opção *Não se aplica* referem-se aos participantes que não se encontram a estudar aquando do momento de avaliação

<sup>3</sup> Na Tabela 2 os valores relativos ao *Missing* referem-se à falta de informação sobre o nível socioeconómico dos participantes

### 3) Instrumentos

Os instrumentos utilizados neste estudo reportam-se ao Índice de Graffar (Graffar, 1956), aos itens de diagnóstico do Exame das PCA (*Eating Disorders Examination*/EDE, Fairburn & Cooper, 1993, traduzido e adaptado por Machado, 2001) e à Entrevista de Fatores de Risco para as PCA (*Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule*/RFED; Fairburn & Welch, 1990, traduzida e adaptada por Gonçalves et al., 2001).

#### a) Índice de Graffar (Graffar, 1956)

Este instrumento foi utilizado para avaliar o nível socioeconómico de cada participante. As respostas são cotadas numa escala de tipo Likert de cinco pontos e a pontuação total varia entre cinco a 25, sendo que pontuações mais altas correspondem a níveis socioeconómicos inferiores. De forma a atribuir o nível socioeconómico, este índice considera a profissão do próprio ou paterna, o nível de instrução académica, as fontes de rendimento familiar, os confortos do alojamento e o aspeto do bairro habitado (Machado et al., 2014).

#### b) *Eating Disorders Examination* (Fairburn & Cooper, 1993; traduzido e adaptado por Machado, 2001)

Este instrumento corresponde a uma entrevista semiestruturada baseada no investigador, que avalia os comportamentos alimentares principais do indivíduo relativamente às últimas quatro semanas (28 dias), e é composto por quatro subescalas (restrição alimentar e preocupação com alimentação, peso e forma corporal). Estes comportamentos são avaliados e cotados de acordo com a sua frequência. Deste instrumento foram apenas utilizados os itens diagnóstico.

#### c) *Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule* (Fairburn & Welch, 1990; traduzida e adaptada por Gonçalves et al., 2001)

A RFED é uma entrevista semiestruturada, baseada no investigador, construída com o objetivo de recolher informação sobre os FR biológicos, psicológicos e sociais associados ao desenvolvimento de uma PCA. O foco principal deste instrumento é o período que antecede o

início da PCA, sendo este período entendido como a idade em que o primeiro comportamento característico da PCA começou de forma notória e persistente (*i.e.*, idade índex).

A multiplicidade de FR que colocam os jovens em risco categorizam-se em 3 domínios: 1) Vulnerabilidade Pessoal, 2) Vulnerabilidade Ambiental e 3) Vulnerabilidade para Dietas. Estes domínios incluem um número de subdomínios que agregam um conjunto de potenciais FR vivenciados pelos indivíduos (Tabela 3).

**Tabela 3.** Domínios e subdomínios da RFED (Machado, 2010)

<b>Domínio I</b> <b>Vulnerabilidade Pessoal</b>	Características da infância
	Perturbações psiquiátricas pré-mórbidas
	Problemas comportamentais
	Perturbações psiquiátricas nos pais (dimensão explorada antes e depois do início da PCA)
<b>Domínio II</b> <b>Vulnerabilidade Ambiental</b>	Problemas parentais
	Acontecimentos disruptivos
	Perturbações psiquiátricas nos pais (antes e depois do início da PCA)
	Vivência de agressão e gozo pelos pares
<b>Domínio III</b> <b>Vulnerabilidade para Dietas</b>	Abuso sexual e físico
	Risco de dietas
	Risco de obesidade
	Diagnóstico de perturbação de comportamento alimentar ao nível parental

#### 4) Procedimentos

##### a) Recolha de dados

A recolha de dados da amostra foi realizada na Unidade de Psiquiatria do Jovem e da Família, da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar São João, pelos investigadores associados ao projeto de investigação em curso. As condições éticas e deontológicas foram asseguradas através dos consentimentos informados fornecidos pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar São João, nos quais os participantes foram informados do objetivo do estudo e seus procedimentos, da possibilidade de desistir do estudo a qualquer

momento, do registo de dados e da garantia de confidencialidade e anonimato. Ainda, os psiquiatras responsáveis pelo acompanhamento terapêutico de cada participante obtiveram os respetivos consentimentos informados verbais.

Os critérios de inclusão da amostra incluem a apresentação de um diagnóstico atual de PCA (APA, 2013). Os critérios de exclusão diziam respeito a presença de algum tipo de condição física incapacitante. Todos os participantes, no momento da avaliação, preenchiam os critérios de inclusão e de diagnóstico para uma PCA (APA, 2013). Numa primeira fase, o diagnóstico foi estabelecido pelos psiquiatras responsáveis por cada participante em processo terapêutico que, no âmbito das consultas em ambulatório, identificavam os participantes que estavam aptos a participar no estudo. Posteriormente, os investigadores confirmavam este diagnóstico através da administração do EDE (Fairburn & Cooper, 1993). Seguidamente e após formação com instrumento, a RFED (Fairburn & Welch, 1990) era administrada a cada participante individualmente. As entrevistas foram registadas o mais detalhadamente possível na própria folha de resposta, não havendo possibilidade de gravação.

## **b) Tratamento e análise e dados**

Este estudo empírico tem um carácter quantitativo pois foram analisadas associações entre variáveis através de uma descrição do tipo estatística, sendo utilizado o programa estatístico IBM® SPSS® (v. 26). Numa primeira fase, para caraterizar os dados da amostra, estes foram inseridos na base de dados e, posteriormente, recorreu-se, por um lado, à estatística descritiva, com o objetivo de descrever sumariamente os dados da amostra e o tipo de variáveis, nomeadamente medidas de tendência central e de dispersão. Por outro lado, foi utilizada a estatística inferencial, de forma a compreender as associações (*e.g.* Teste Qui-Quadrado) e diferenças (*e.g.* Teste de Mann-Whitney) presentes na amostra utilizada.

Numa segunda fase e para analisar a associação entre as variáveis em estudo, recorreu-se à estatística inferencial, nomeadamente aos testes de associação disponíveis, cuja opção baseou-se em função da natureza das variáveis (Martins, 2011). Para averiguar se existia associação entre o sexo dos participantes e os FR avaliados, utilizou-se o Teste Qui-Quadrado, teste indicado para analisar a associação entre duas variáveis nominais.

## RESULTADOS

Os resultados obtidos no presente estudo encontram-se organizados em duas instâncias distintas. Em primeiro lugar, e para dar resposta aos objetivos específicos 1) e 2), são apresentados nas tabelas 4 e 5 os resultados referentes à caracterização clínica da amostra e à identificação da idade de início das PCA nos homens. Seguidamente, na secção 2., são apresentados os resultados relacionados com a análise da associação entre o sexo e os potenciais FR associados ao desenvolvimento das PCA.

### **1) Caracterização clínica e idade de início das Perturbações do Comportamento Alimentar nos homens**

A tabela 4 ilustra as estatísticas descritivas relativas à média, desvio padrão e amplitude do IMC, peso altura e idade index atual organizados de acordo com o sexo. Os resultados revelam que a média do peso das mulheres é inferior do que a dos homens ( $M = 47.78$ ;  $DP = 19.10$  vs.  $M = 57.55$ ;  $DP = 17.84$ , respetivamente), o que implica que os homens, em média, pesam mais que as mulheres. Contudo, ao atentar sobre os pesos máximos da amostra, verifica-se que estes correspondem ao sexo feminino uma vez que estas apresentam diagnóstico de PIAC, diagnóstico ausente na amostra masculina. Observa-se ainda que o IMC dos homens é ligeiramente superior ao das mulheres ( $M = 18.96$ ;  $DP = 4.34$  vs.  $M = 18.33$ ;  $DP = 7.05$ , respetivamente).

A idade index dos participantes varia entre 6 a 32 anos ( $M = 17.06$ ;  $DP = 5.41$ ), sendo que a idade das mulheres varia entre os 6 e os 32 anos ( $M = 16.91$ ;  $DP = 5.82$ ) e a dos homens entre os 13 e os 31 anos ( $M = 17.58$ ;  $DP = 4.96$ ). Foi realizado o Teste de Mann-Whitney com o objetivo de compreender se existem diferenças entre o sexo e a idade index para o desenvolvimento de uma PCA. Assim sendo, não há diferenças significativas entre o sexo e a idade index para o desenvolvimento de uma PCA,  $U = 119.0$ ,  $p = .526$ .

**Tabela 4.** Características clínicas dos participantes com diagnóstico de PCA

Participantes com diagnóstico de PCA				
(N = 35)				
	Mulheres (n = 23)		Homens (n = 12)	
	<i>M (DP)</i>	Amplitude	<i>M (DP)</i>	Amplitude
<b>IMC atual (kg/m<sup>2</sup>)</b>	18.33 (7.05)	11.43 – 38.93	18.96 (4.34)	13.15 – 27.12
<b>Peso (kg)</b>	47.78 (19.10)	31.90 – 111.40	57.55 (17.84)	38.00 – 102.00
<b>Altura atual (cm)</b>	160.50 (6.19)	150 – 175	175.50 (8.63)	160 – 192
<b>Idade <i>Índex</i></b>	16.91 (5.82)	6 – 32	17.58 (4.96)	13 – 31

Ainda nas características clínicas, a distribuição destas em categorias pode ser observada na tabela 5. Quanto aos CCI, verifica-se que enquanto 34.78% das mulheres apresentam vômito autoinduzido ( $n = 8$ ), 8.70% uso de laxantes ( $n = 2$ ;) e 4.35% uso de diuréticos ( $n = 1$ ), o sexo masculino não apresenta nenhum destes CCI. Por outro lado, os resultados indicam que mais do dobro da amostra masculina (75%,  $n = 9$ ) realiza EFE – único CCI presente na amostra masculina –, e apenas 34.78% das mulheres ( $n = 8$ ) apresenta este comportamento. Ainda, observa-se que os homens apresentam ligeiramente menos episódios de IAC do que as mulheres (16.67%,  $n = 2$  vs. 21.74%,  $n = 5$ , respetivamente) e, pelo contrário, o sexo masculino apresenta mais comportamentos de autoflagelação comparativamente com mulheres (16.7%,  $n = 2$  vs. 13.04%,  $n = 3$ , respetivamente).

É de denotar que em ambos os sexos quase a totalidade da amostra referiu importar-se com o peso – 91.67% dos homens ( $n = 11$ ) e 95.65% das mulheres ( $n = 22$ ) e, de forma análoga, ambos os sexos reportaram dar muita importância à sua forma corporal, notando-se ligeiras diferenças entre os sexos – 83.33% dos homens ( $n = 10$ ) e 91.30% das mulheres ( $n = 21$ ). No entanto, em relação ao medo associado a ganhar peso verifica-se que os homens apresentam valores inferiores quando comparados com as mulheres (66.67%,  $n = 8$  vs. 78.26%,  $n = 18$ , respetivamente). De modo semelhante, em relação ao sentimentos de estar gorda/o, metade da amostra masculina é caracterizada clinicamente desta forma (50.0%,  $n = 6$ ) – no entanto, os valores da amostra feminina são superiores (73.91%,  $n = 17$ ).



**Tabela 5.** Frequências das características clínicas da amostra com diagnóstico de PCA.

Participantes com diagnóstico de PCA			
(N = 35)			
		Mulheres (n = 23)	Homens (n = 12)
		n (%)	n (%)
<b>Comportamentos Compensatórios</b>			
<b>Inapropriados</b>			
	Vômito autoinduzido	8 (34.78)	—
	Laxantes	2 (8.70)	—
	Diuréticos	1 (4.35)	—
	Exercício Físico Excessivo	8 (34.78)	9 (75.0)
<b>Episódios de IAC</b>		5 (21.74)	2 (16.67)
<b>Importância do peso</b>		22 (95.65)	11 (91.67)
<b>Importância da forma</b>		21 (91.30)	10 (83.33)
<b>Medo de ganhar peso</b>		18 (78.26)	8 (66.67)
<b>Sentimentos de estar gordo</b>		17 (73.91)	6 (50.0)
<b>Ferimentos autoinfligidos</b>		3 (13.04)	2 (16.7)

## 2) Análise dos Fatores de Risco associados ao desenvolvimento das Perturbações do Comportamento Alimentar

É de notar que uma particularidade associada ao teste Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) passa pelo cumprimento de um pressuposto que consiste na presença de variabilidade em todas as parcelas da tabela de 2 x 2 de contingência gerada na análise (Martins, 2011). Por este motivo, todas as variáveis que violaram este pressuposto, por não apresentar variabilidade entre os sexos, foram excluídas e encontram-se categorizadas de acordo com o seu respetivo Domínio no Anexo I. Posteriormente, foram analisados os resultados das restantes variáveis tendo em conta as suas significâncias estatísticas. O Teste Qui-Quadrado só fornece resultados de confiança se a percentagem de células da tabela de contingência com frequência esperada inferior a 5 não for

superior a 20% (Martins, 2011). Assim sendo, nos casos onde se verificou uma percentagem superior a 20%, os resultados foram lidos na linha do Teste Exato de Fisher.

Com isto, os resultados que para além de apresentar variabilidade entre o sexo, apresentavam valores de probabilidades estatisticamente significativos ( $p < .05$ ) ou marginalmente significativos ( $p < .10$ ) foram considerados para estudo. Estes resultados encontram-se ilustrados nas tabelas 6 a 11. Ainda, as variáveis que não apresentaram valores de  $p$  significativos foram organizadas de acordo com o seu respetivo Domínio e podem ser consultadas nos Anexos II, II e IV.

**a) Análise do Domínio I – Vulnerabilidade Pessoal**

**Tabela 6.** *Teste do Qui-Quadrado relativo à associação estatisticamente significativa verificada no Domínio I – Vulnerabilidade Pessoal*

		<b>Mulheres</b> <b>(n = 23)</b>	<b>Homens</b> <b>(n = 12)</b>	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>DOMÍNIO I –</b>		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>		
<b>VULNERABILIDADE PESSOAL</b>					
<b>Fumar antes da idade índex</b>					
	Sim	1 (4.3)	5 (41.7)	7.732	.012 <sup>a</sup>
	Não	22 (95.7)	7 (58.3)		

<sup>a</sup> Valor *p* referente ao Teste de Fisher

Há uma associação significativa entre o sexo e **fumar antes da idade índex**, Teste de Fisher, *p* = .012, sendo que a maioria dos participantes, tanto no sexo feminino (95.7%) como no masculino (58.3%), refere não ter fumado antes da idade índex.

**Tabela 7.** *Teste do Qui-Quadrado relativo à associação marginalmente significativa verificada no Domínio I – Vulnerabilidade Pessoal*

		<b>Mulheres</b> <b>(n = 23)</b>	<b>Homens</b> <b>(n = 12)</b>	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>DOMÍNIO I –</b>		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>		
<b>VULNERABILIDADE PESSOAL</b>					
<b>Fumar antes/depois da idade índex</b>					
	Sim	5 (21.7)	7 (58.3)	4.687	.059 <sup>a</sup>
	Não	18 (78.3)	5 (41.7)		

<sup>a</sup> Valor *p* referente ao Teste de Fisher

Existe uma associação marginalmente significativa entre o sexo e o **fumar independentemente da idade índex**, Teste de Fisher, *p* = .059. Enquanto no sexo feminino, a maioria (78.3%) dos indivíduos refere não fumar, no sexo masculino, a maioria (58.3%) refere fumar independentemente da idade índex.

## b) Análise do Domínio II – Vulnerabilidade Ambiental

**Tabela 8.** *Teste do Qui-Quadrado relativo às associações estatisticamente significativas verificadas no Domínio II – Vulnerabilidade Ambiental*

		<b>Mulheres</b> <b>(n = 23)</b>	<b>Homens</b> <b>(n = 12)</b>	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>DOMÍNIO II – VULNERABILIDADE AMBIENTAL</b>		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>		
<b>Comparação com aparência das irmãs</b>					
	Com	13 (56.5)	2 (16.7)	5.115	.024
	Sem	10 (43.5)	10 (83.3)		
<b>Importância dada à aparência e boa forma familiar</b>					
	Sim	2 (8.7)	5 (41.7)	5.358	.033 <sup>a</sup>
	Não	21 (91.3)	7 (58.3)		
<b>Presença de doença familiar crónica</b>					
	Com	8 (34.8)	9 (75.0)	5.106	.024
	Sem	15 (65.2)	3 (25.0)		
<b>Presença de doença familiar prolongada</b>					
	Pais	8 (34.8)	9 (75.0)	5.106	.024
	Outros familiares	15 (65.2)	3 (25.0)		
<b>Presença de gozo por parte dos pares</b>					
	Com	8 (34.8)	10 (83.3)	7.441	.006
	Sem	15 (65.2)	2 (16.7)		
<b>Presença de gozo por outros motivos que não peso, forma e/ou alimentação</b>					
	Com	7 (30.4)	8 (66.7)	4.227	.040
	Sem	16 (69.6)	4 (33.3)		
<b>Presença de gozo por parte dos pares vivenciado com sentido de ameaça</b>					
	Com	8 (34.8)	11 (91.7)	10.282	0.001
	Sem	15 (65.2)	1 (8.3)		

<sup>a</sup> Valor *p* referente ao Teste de Fisher

Existe uma associação significativa entre o sexo e a **aparência das irmãs**,  $\chi^2(1) = 5.115$ ,  $p = .024$ . Enquanto no sexo feminino, a maioria (56.5%) refere comparar-se com a aparência das irmãs, no sexo masculino, a maioria (83.3%) refere não existir comparação com as irmãs.

Há uma associação significativa entre o sexo e a **importância da aparência e boa forma familiar**, Teste de Fisher,  $p = .033$ , sendo que tanto no sexo feminino (91.3%) como no masculino (58.3%), a maioria dos participantes refere não dar importância à aparência e boa forma familiar.

Verifica-se também uma associação significativa entre o sexo e a **presença de doença familiar crónica** durante a infância e a adolescência,  $\chi^2(1) = 5.106$ ,  $p = .024$ . Enquanto no sexo feminino, a maioria (65.2%) dos indivíduos refere a ausência de doença crónica na família, no sexo masculino, a maioria (75.0%) dos participantes refere a presença de doença crónica na família.

Ainda, há associação significativa entre o sexo e a presença de **doença prolongada nos pais**,  $\chi^2(1) = 5.106$ ,  $p = .024$ . Enquanto no sexo feminino, a maioria (65.2%) dos indivíduos refere a ausência de doença prolongada na família ou noutros familiares, no sexo masculino, a maioria (75.0%) dos participantes refere a presença de doença prolongada nos pais.

Existe igualmente uma associação significativa entre o sexo e a **presença de gozo por parte dos pares** durante a infância e a adolescência,  $\chi^2(1) = 7.441$ ,  $p = .006$ . Enquanto no sexo feminino, a maioria (65.2%) dos indivíduos refere ausência de gozo por parte dos pares, no sexo masculino, a maioria (83.3%) dos participantes refere ter sido vítima de gozo por parte dos pares.

Verifica-se uma associação estatisticamente significativa entre o sexo e a **presença de gozo por outros motivos que não peso, forma e/ou alimentação** durante a infância e a adolescência,  $\chi^2(1) = 4.227$ ,  $p = .040$ . Enquanto no sexo feminino, a maioria (69.6%) dos indivíduos refere ter sido gozada por pares unicamente por razões relacionadas com o peso, forma e/ou alimentação, no sexo masculino, a maioria (66.7%) dos participantes refere terem existido outros motivos de gozo por pares para além do peso, forma e/ou alimentação.

Por último, há uma associação significativa entre o sexo e a **presença de gozo por parte dos pares vivenciado com sentido de ameaça**,  $\chi^2(1) = 10.282$ ,  $p = .001$ . Enquanto no sexo feminino, a maioria (65.2%) dos indivíduos refere a ausência de gozo por parte dos pares percebido como ameaçador, no sexo masculino, a maioria (91.7%) dos participantes refere ter sido vítima de gozo vivenciado com sentido de ameaça.

**Tabela 9.** *Teste do Qui-Quadrado relativo às associações marginalmente significativas verificadas no Domínio II – Vulnerabilidade Ambiental*

	<b>Mulheres</b> <b>(n = 23)</b>		<b>Homens</b> <b>(n = 12)</b>	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>DOMÍNIO II – VULNERABILIDADE AMBIENTAL</b>	<b>n (%)</b>		<b>n (%)</b>		
<b>Presença de gozo por parte dos pares por motivos relacionados com peso, forma e/ou alimentação</b>					
Com	5 (21.7)		7 (58.3)	4.687	.059 <sup>a</sup>
Sem	18 (78.3)		5 (41.7)		

<sup>a</sup> Valor *p* referente ao Teste de Fisher

Existe uma associação marginalmente significativa entre o sexo e a **presença de gozo por parte dos pares por motivos relacionados com peso, forma e/ou alimentação**, Teste de Fisher, *p* = .059. Enquanto no sexo feminino, a maioria (78.3%) dos indivíduos refere que as razões de gozo não estavam associadas ao peso, forma e/ou alimentação ou não eram gozadas, no sexo masculino, a maioria (58.3%) dos participantes refere que a razão de gozo era o peso, forma e/ou alimentação.

**c) Análise do Domínio III - Vulnerabilidade para Dietas**

**Tabela 10.** *Teste do Qui-Quadrado relativo à associação estatisticamente significativa verificada no Domínio III – Vulnerabilidade para Dietas*

		Mulheres ( <i>n</i> = 23)	Homens ( <i>n</i> = 12)	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>DOMÍNIO III – VULNERABILIDADE PARA DIETAS</b>					
		<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		
<b>Comentários sobre peso e forma feito por familiar</b>					
	Com	5 (21.7)	8 (66.7)	6.818	.024 <sup>a</sup>
	Sem	18 (78.3)	4 (33.3)		
<b>Sensação de sentir-se enorme com preocupação</b>					
	Com	4 (17.4)	7 (58.3)	6.134	.022 <sup>a</sup>
	Sem	19 (82.6)	5 (41.7)		

<sup>a</sup> Valor *p* referente ao Teste de Fisher

Há uma associação significativa entre o sexo e a presença de **comentários de familiares sobre o peso e a forma** durante a infância e a adolescência, Teste de Fisher,  $p = .024$ . Enquanto no sexo feminino, a maioria (78.3%) dos indivíduos refere a ausência destes comentários, no sexo masculino, a maioria (66.7%) dos participantes refere algum familiar ter comentado o seu peso e forma.

Verifica-se também uma associação significativa entre o sexo e a **sensação de sentir-se enorme com preocupação** durante a infância e a adolescência, Teste de Fisher,  $p = .022$ . Enquanto no sexo feminino, a maioria (82.6%) dos indivíduos refere não se ter sentido enorme com preocupação, no sexo masculino, a maioria (58.3%) dos participantes refere se ter sentido enorme com preocupação.

**Tabela 11.** *Teste do Qui-Quadrado relativo às associações marginalmente significativas verificadas no Domínio III – Vulnerabilidade para Dietas*

	<b>Mulheres</b> <b>(n = 23)</b>	<b>Homens</b> <b>(n = 12)</b>	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>DOMÍNIO III – VULNERABILIDADE PARA DIETAS</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>		
<b>Peso máximo do pai desde sempre</b>				
Excesso de peso	5 (21.7)	7 (58.3)	4.687	.059 <sup>a</sup>
Peso médio	18 (78.3)	5 (41.7)		
<b>Peso na escola primária</b>				
Elevado	4 (17.4)	6 (50.0)	4.109	.059 <sup>a</sup>
Médio	19 (82.6)	6 (50.0)		
<b>Consequências negativas do peso elevado na primária</b>				
Com	4 (17.4)	6 (50.0)	4.109	.059 <sup>a</sup>
Sem	19 (82.6)	6 (50.0)		

<sup>a</sup> Valor *p* referente ao Teste de Fisher

Há uma associação marginalmente significativa entre o sexo e o **peso máximo do pai desde sempre**, Teste de Fisher, *p* = .059. Enquanto no sexo feminino, a maioria (78.3%) dos indivíduos refere que o peso do pai correspondeu sempre a um peso médio, no sexo masculino, a maioria (58.3%) dos participantes refere o pai sempre teve excesso de peso.

Existe uma associação marginalmente significativa entre o sexo e o **peso na escola primária**, Teste de Fisher, *p* = .059. Enquanto no sexo feminino, a maioria (82.6%) dos indivíduos refere ter tido peso médio na escola primária, no sexo masculino, metade (50.0%) dos participantes refere ter tido excesso de peso.

Ainda, verifica-se uma associação significativa entre o sexo e as **consequências negativas do peso elevado na escola primária**, Teste de Fisher, *p* = .059. Enquanto no sexo feminino, a maioria (82.6%) dos indivíduos refere não ter tido consequências negativas relacionadas com o elevado peso na escola primária, no sexo masculino, metade (50.0%) dos participantes refere ter experienciado consequências negativas devido ao peso elevado durante a primária.



## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Este capítulo encontra-se organizado de acordo com os principais resultados obtidos relativos à caracterização clínica e FR que se mostraram associados ao desenvolvimento de PCA na população masculina deste estudo.

Este estudo teve com principais objetivos caracterizar clinicamente homens com PCA, identificar a idade índice desta população e contribuir para o esclarecimento dos FR envolvidos na etiologia das PCA. Para isso, foram avaliados 35 participantes (23 mulheres e 12 homens) com diagnóstico atual de PCA (APA, 2013) através de duas entrevistas – EDE (Fairburn & Cooper, 2000) e RFED (Fairburn & Welch, 1990), tendo sido a AN restritiva o diagnóstico mais prevalente em ambos os sexos.

É possível começar por concluir que os resultados relativamente à distribuição etária dos homens com PCA corresponde à faixa etária que caracteriza estas perturbações, sendo que os participantes se situam no segmento jovem da população – adolescência e início da idade adulta (Carlat et al., 1997; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Relativamente ao IMC, nota-se que o dos homens é ligeiramente superior ao das mulheres, comprovando que, de acordo com a definição de IMC, a média do peso do sexo masculino é superior comparativamente com o sexo feminino. Porém, é de salientar que o IMC máximo das mulheres corresponde a obesidade classe II e o dos homens corresponde a excesso de peso. Ainda, verifica-se que, em relação à idade índice da população masculina, esta não apresenta diferenças estatísticas quando comparada com as mulheres, o que vai de encontro ao posicionamento de Welch e colaboradores (2015). Não obstante, seria interessante compreender se, de facto, através do aumento da amostra masculina, a idade índice dos homens é mais avançada tal como tem sido suportado empiricamente (*e.g.* Gueguen et al., 2012; Núñez-Navarro et al., 2012; Støving et al., 2011).

Os resultados mostraram que, à semelhança do que a literatura refere sobre a tendência de os homens envolver-se em comportamentos não purgativos, os CCI mais praticados foram o EFE e a restrição alimentar. Durante o mês que precedeu a avaliação, o CCI mais prevalente foi o EFE, confirmando a caracterização associada a este quadro clínico (Halliwell et al, 2007; Murray et al., 2014; Pila et al., 2017; Strother et al., 2012). Relativamente à presença de episódios de IAC, os homens apresentam ligeiramente menos episódios comparativamente com mulheres, estando em conformidade com a literatura que argumenta este resultado através da sub-representação da população masculina em estudos científicos (Hudson et al., 2007). No que concerne aos resultados obtidos ao nível da importância do peso e formal corporal, os dados

indicam que, apesar de haver ligeiras diferenças com as mulheres, os homens apresentam níveis inferiores de preocupação com o seu peso e forma, à semelhança do que é defendido por vários autores previamente citados (Lewinsohn et al., 2002; Kjelsås et al., 2003; Shingleton et al., 2015; Strober et al., 2006).

Relativamente ao medo de ganhar peso e sentimentos de sentir-se gordo, os resultados revelaram-se bastante interessantes na medida em que ambas variáveis apresentam níveis inferiores nos homens em relação às mulheres, tal como é defendido por Ousley, Cordero e White (2008). Apesar de os homens com PCA terem o sentimento de estarem gordos, a prevalência desta característica é inferior comparativamente com as mulheres (Dominé et al., 2009; Ousley et al., 2008). Assim, não obstante a existência de variabilidade desta característica entre sexos, os dados deste estudo indicam que metade da amostra masculina é assim clinicamente caracterizada. Por este motivo, seria de grande utilidade questionar os participantes masculinos no sentido compreender se, empiricamente, a restrição alimentar por eles realizada é orientada no sentido de aumentar a massa muscular e volume corporal e não na procura da magreza. Por último, e ainda na caracterização clínica, os resultados relacionados com ferimentos autoinfligidos indicam que mais homens se envolveram em comportamentos desta natureza. Estes dados contrastam com a literatura que sustenta que estes comportamentos são mais prevalentes em mulheres, sendo os cortes o comportamento mais comum (Peebles, Wilson, & Lock, 2011).

Considerando os resultados comentados, seria importante implementar diversas estratégias como implicações práticas. Sendo que a maior parte dos programas de prevenção de PCA são desenvolvidos tendo em contas apenas as características clínica das mulheres (Cohn, Murray, Walen, & Wooldridge, 2016), torna-se imprescindível incluir os resultados da população masculina (*e.g.* EFE, corpo tonificado e musculado). Tal como mencionado anteriormente, homens reportam experienciar aumento de insatisfação corporal quando expostos às redes sociais (Halliwell et al., 2007). Por isto, a literacia sobre redes sociais devia ser inclusiva relativamente ao sexo. Ainda, uma vez que a prática de desporto vulnerabiliza os homens para o desenvolvimento de PCA (Goldfield et al., 2006; Murray et al., 2014; Raevuori et al., 2014; Weltzin et al., 2005), seria importante promover estratégias de redução de risco em jovens atletas através de, por exemplo, eliminação pesagens de grupo e desmistificação do peso como um fator elementar para o sucesso desportivo (Petrie & Rogers, 2001).

Os resultados marginal e estatisticamente significativos obtidos neste estudo apontam para um total de 15 FR envolvidos no desenvolvimento de PCA em homens. Pode ainda

concluir-se que estes FR estão representados em todos os domínios: vulnerabilidade pessoal, ambiental e para dietas.

Considerando os FR associados à vulnerabilidade pessoal, verifica-se que a maioria dos homens referiu não ter fumado tabaco antes da idade índice; porém, a maioria, atualmente, é fumadora, ainda que comparado com as mulheres. Resultados iguais foram apresentados no estudo de Eisenberg e colaboradores (2011) na medida em que é indicado que homens com PCA fumam mais do que mulheres com a mesma perturbação. Uma possível explicação é dada por Machado (2010) que refere que indivíduos com PCA têm perda de controlo sobre alguns comportamentos relacionados com o controlo de impulsos (*e.g.* fumar). Ainda, estes resultados podem ser lidos à luz das SUD, dada ser comorbilidade das PCA. Por último, a literatura sugere o fumar como um mecanismo de controlo de peso (Sutter, Nasim, Vedheer, Cobb, 2016), o que pode ir de encontro aos atuais resultados considerando que a amostra não fumava antes da idade índice e iniciou este comportamento após o desenvolvimento dos primeiros sintomas alimentares.

Fazendo uma leitura macro, constata-se que o maior número de FR detetados foi ao nível do Domínio da vulnerabilidade ambiental, que abrange acontecimentos adversos, e que, nos resultados deste estudo, circunscreveram-se a condições associadas ao contexto familiar e relacional, particularmente com pares.

De facto, os dados apontam que as mulheres se comparam com a aparência e forma corporal das irmãs, ao passo de que nos homens isto não se verifica. É importante compreender que, apesar de existir uma pré-disposição nos indivíduos que desenvolvem PCA para comparar o seu corpo e a sua forma física com membros familiares (Machado et al., 2016), os resultados deste estudo indicam que os homens não o fazem. Isto é, este potencial FR não desencadeará vulnerabilidade neste sexo. Porém, não se pode descartar a possibilidade de que os homens não se comparam com as irmãs por estas serem do sexo oposto e, por isso, poderia ser importante perceber se esta comparação é de facto feita com familiares do mesmo sexo (*i.e.*, irmãos). Para além disto, estes resultados podem eventualmente explicar o facto de os estudos conduzidos com mulheres evidenciarem a importância atribuída à aparência e boa forma familiar neste sexo.

A presença de doença familiar tanto crónica como prolongada foi referida, ao contrário das mulheres, pela maioria da população masculina, à semelhança do descrito no estudo de Herzog (1982) em que revela uma alta incidência de doença, tanto física como mental, em pais de indivíduos com PCA.

Ainda nos FR associados à vulnerabilidade ambiental, realçam-se as variáveis associadas à presença de gozo uma vez a maioria da amostra masculina referiu ter sido vítima de gozo por parte dos pares não tendo sido o motivo unicamente o peso/forma/alimentação. Para além disso, a maioria dos homens considerou ter percecionado ameaça no gozo feito pelos pares. Estes resultados espelham os dados da literatura na medida em que o gozo e gozo com cariz ameaçador são considerados FR que vulnerabilizam os homens para o desenvolvimento de psicopatologia (Carlat & Camargo, 1991; Dominé et al., 2009; Gardner, Stark, Friedman, & Jackson, 2000; Halliwell & Harvey, 2006; Jacobi et al., 2004). O principal resultado da recente meta-análise de Lie, Rø e Bang (2019) revela que o histórico de gozo e provocação é mais prevalente em indivíduos com PCA comparativamente com o grupo de controlo saudável. Uma possível explicação para esta associação pode ser que ser vítima de gozo constitui-se como um acontecimento causador de sofrimento que leva a instabilidade emocional (Reijntjes, Kamphuis, Prinzie & Telch, 2010), o que por sua vez aumenta o risco de desenvolver PCA (Jacobi et al., 2004). Através do gozo, os indivíduos são expostos a comentários sobre o seu corpo, o que pode levar a preocupação exacerbada com a sua aparência e a insatisfação corporal – FR cardinais das PCA (Fairburn et al., 1998; Jacobi et al., 2004; Machado et al., 2014). Cash (1995), num estudo com jovens universitários, concluiu que os amigos são os piores perpetradores de provocações, gozo e críticas relacionadas com a aparência física e peso. Estes resultados demonstram a importância que o grupo de pares representa para os indivíduos na promoção de práticas alimentares não saudáveis. Por este motivo, seria imprescindível a realização de psicoeducação e a promoção de competências socio emocionais e de relacionamento interpessoal nos jovens em contextos diversos (*e.g.* escolas) de forma a combater estes comportamentos disfuncionais para a população de risco.

Relativamente aos FR associados à vulnerabilidade para dietas, verifica-se que a maioria dos homens referiu a presença de comentários de familiares sobre o peso e forma durante a infância e adolescência. Considerando que a obesidade pré-mórbida é uma característica clínica comum aos homens com PCA, pode conjecturar-se que estes comentários podem ter sido realizados no sentido de combater o excesso de peso apresentado pelos filhos. Seria útil compreender se estes comentários ocorreram coincidentemente com o desenvolvimento dos primeiros sintomas alimentares uma vez que, de acordo com vários autores (Gonçalves et al., 2016; Machado et al., 2015; Pike et al., 2008; Rodgers, Paxton, & Chabrol, 2009; Vincent & McCabe, 2000), comentários de familiares relacionados com aparência, peso e alimentação encontram-se diretamente relacionados com insatisfação corporal em ambos sexos. Seria ainda interessante perceber se esta postura crítica dos pais para

com os filhos também se verifica no sentido oposto pois os resultados deste estudo indicam, adicionalmente, que a maioria dos participantes masculinos referiu que o peso do pai correspondeu sempre a excesso de peso.

Ainda no Domínio da vulnerabilidade para dietas, a sensação de sentir-se enorme com preocupação associada foi mais comum nos participantes masculinos, o que vai na linha dos resultados dos estudos científicos que sublinham o aumento dos níveis de insatisfação corporal neste sexo (Halliwell et al., 2007; Raevuori et al., 2014; Tiggermann et al., 2007), nomeadamente por procurarem um corpo mais orientado para a tonificação muscular e não excesso de gordura. Para além disso, através da revisão de literatura longitudinal feita por Jacobi e colaboradores (2004), compreende-se como a preocupação com o peso é uma das variáveis mais consistentes na vulnerabilização para o desenvolvimento de PCA.

Como discutido previamente, o excesso de peso pré-mórbido é um dos FR mais consistentes na literatura (Fairburn et al., 1998; Fernández-Aranda et al., 2004; Raevuori et al., 2014; Vo et al., 2016); contudo, os resultados do presente estudo não se apresentam conclusivos na medida em que metade dos participantes refere ter apresentado excesso de peso na escola primária e a outra metade refere ter tido peso baixo ou normal. Os mesmos resultados verificam-se no âmbito das respetivas consequências negativas. Por este motivo, não é possível afirmar que esta variável seja um FR associado ao desenvolvimento de PCA. Tornar-se-ia interessante comparar estes dados com estudos futuros, de forma a melhor compreender o papel do excesso de peso e obesidade infantil como possível FR para o desenvolvimento de PCA.

Sinteticamente, foram identificados os seguintes FR associados ao desenvolvimento de PCA em homens: vulnerabilidade pessoal (fumar antes da idade índex e fumar antes/depois da idade índex), vulnerabilidade ambiental (comparação com aparência das irmãs, importância dada à aparência e boa forma familiar, presença de doença familiar crónica e prolongada, presença de gozo por parte dos pares, presença de gozo por outros motivos que não peso/forma/alimentação, presença de gozo por parte dos pares vivenciado com sentido de ameaça e presença de gozo por parte dos pares por motivos relacionados com peso/forma/alimentação), e vulnerabilidade para dietas (comentários sobre peso e forma feito por familiar, sensação de sentir-se enorme com preocupação, peso máximo do pai desde sempre, peso na escola primária e consequências negativas do peso elevado na primária).

Com este estudo pretendeu-se estudar os FR que podem estar mais associados ao desenvolvimento de PCA em homens, comparativamente com as mulheres. Em termos de metodologia aplicada, a comparação entre os sexos foi realizada entre uma amostra clínica masculina e outra feminina com o mesmo diagnóstico (*i.e.*, PCA), ao invés de com um grupo

de controlo saudável ou psiquiátrico. Assim sendo, era expectável que houvesse FR partilhados entre os sexos, não havendo mais associação nas mulheres do que em homens. Isto implica que, eventualmente, um FR seria comum a ambos ou a nenhum dos sexos. No sexo feminino, a literatura já identificou FR robustos e evidentes (Gonçalves et al., 2016; Machado et al., 2014; 2015) como, por exemplo, o perfeccionismo. Porém, no presente estudo, este possível FR não apresentou variabilidade entre sexos, tendo violado o pressuposto do Teste Qui-Quadrado (Anexo I). Deste modo, torna-se preciso compreender se FR como o perfeccionismo são fatores associados ao sexo do indivíduo ou se são fatores que vulnerabilizam os homens e as mulheres para o desenvolvimento de uma PCA. Tendo isto em conta, estudos futuros com amostras maiores e mais representativas poderão verificar a existência de um património comum de FR a ambos os sexos.

Nesta lógica, os resultados deste estudo empírico devem ser lidos à luz de algumas limitações apresentadas. A principal limitação passa pela dimensão reduzida da amostra, o que compromete a generalização dos resultados para esta população. O facto de o  $n$  ser pouco expressivo do ponto de vista quantitativo, muitas associações não foram refletidas em função do sexo e, por este motivo, várias variáveis foram excluídas e as associações significativas podem não corresponder, na verdade, a FR. Para ultrapassar isto, propõe-se o aumento do  $n$ . Para além disso, o facto de os participantes serem apenas da região norte do país e de contexto clínico constitui-se como outra limitação. Poderia ser interessante alargar este estudo a nível nacional, incluindo também contexto comunitário. A adoção de uma metodologia de cariz retrospectivo é considerada uma limitação do presente estudo pois o *design* implementado implicou que os participantes recuperassem acontecimentos passados, tornando os vieses prováveis. No entanto, ao longo da recolha de dados, foi sempre pedido aos participantes que tentassem recordar as experiências de forma exata e com o máximo detalhe. Ainda, a falta de grupo de controlo com história atual ou passada de psicopatologia e/ou sintomatologia de PCA constitui-se como uma limitação adicional. Por último, para além de a RFED ter um tempo de administração muito longo, esta utiliza apenas um único informador, não permitindo o relato de outros informadores. Uma vez que a entrevista é de cariz retrospectivo, existe informação que não é recuperada ou conhecida pelo único informador, nomeadamente a nível da história familiar.

É também possível identificar pontos fortes, tais como, a utilização de dois instrumentos que possuem uma forte qualidade psicométrica e avaliam uma vasta gama de FR associados ao potencial desenvolvimento de PCA. Ainda, a RFED tem sido muito utilizada noutros estudos sobre PCA pois estipula “objetivamente a idade de início dos primeiros sintomas alimentares,

assegurando a natureza pré-mórbida dos fatores que avalia” (Machado, 2010, p. 311). Para além disto, os dados para este estudo foram recolhidos por profissionais treinados com formação específica nestes instrumentos o que permitiu, ainda, o estabelecimento duma relação terapêutica, essencial para a partilha de histórias, narrativas, e acontecimentos de vida relacionados com a sintomatologia dos participantes.

De forma a poder contribuir para os avanços e esclarecimentos da etiopatologia das PCA em homens tal como os seus FR associados, as propostas de sugestões para futuras investigações incidem em estudos de natureza longitudinal para permitir a generalização dos resultados obtidos neste estudo empírico. Seria igualmente útil aumentar o número de participantes, nomeadamente masculinos, equiparando ambos sexos, de modo a compreender se, de facto, existe associação entre alguns FR que distinga o sexo feminino do masculino. Com este aumento do número de participantes, os FR que foram excluídos devido à violação do pressuposto subjacente ao Teste Qui Quadrado, podem ser incluídos pois, possivelmente, existirá variabilidade entre sexos.

Por último, torna-se imprescindível mencionar que, do ponto de vista das implicações para a prática clínica, é fulcral dar continuidade ao estudo dos FR das PCA em homens uma vez que, ao identificar e melhor conhecer estes FR, combater-se-á o estigma associado a este sexo e poderão realizar-se programas de prevenção mais específicos a grupos de risco e intervenções precoces mais eficazes numa lógica de promoção de saúde mental.

## BIBLIOGRAFIA

- Adkins, E. C., & Keel, P. K. (2005). Does “excessive” or “compulsive” best describe exercise as a symptom of bulimia nervosa?. *International Journal of Eating Disorders*, 38(1), 24-29.
- American Psychiatric Association (1996). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª Ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: Author.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 724-731.
- Bean, P., Maddocks, M. B., Timmel, P., & Weltzin, T. (2005). Gender differences in the progression of co-morbid psychopathology symptoms of eating disordered patients. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 10(3), 168-174.
- Bentley, C., Gratwick-Sarll, K., Harrison, C., & Mond, J. (2015). Sex differences in psychosocial impairment associated with eating disorder features in adolescents: A school-based study. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 633-640.
- Bramon-Bosch, E., Troop, N. A., & Treasure, J. L. (2000). Eating disorders in males: A comparison with female patients. *European Eating Disorders Review*, 8(4), 321-328.
- Carlat, D. J., & Camargo, C. A. (1991). Review of bulimia nervosa in males. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 831-843.
- Carlat, D. J., Camargo Jr, C. A., & Herzog, D. B. (1997). Eating disorders in males: A report on 135 patients. *The American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1127.
- Carmo, I. (2001). *Doenças do Comportamento Alimentar*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Carr, A., & McNulty, M. (2016). *The Handbook of Adult Clinical Psychology – an evidence-based practice approach*. New York: Routledge.
- Cash, T. F. (1995). Developmental teasing about physical appearance: Retrospective descriptions and relationships with body image. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 23(2), 123-130.
- Chao, A. M., Grilo, C. M., & Sinha, R. (2016). Food cravings, binge eating, and eating disorder psychopathology: Exploring the moderating roles of gender and race. *Eating behaviors*, 21, 41-47.
- Coelho, J. S., Kumar, A., Kilvert, M., Kunkel, L., & Lam, P. Y. (2015). Male Youth with Eating Disorders: Clinical and Medical Characteristics of a Sample of Inpatients. *Eating disorders*, 23(5), 455-461.
- Cohn, L., Murray, S. B., Walen, A., & Wooldridge, T. (2016). Including the excluded: Males and gender minorities in eating disorder prevention. *Eating disorders*, 24(1), 114-120.
- Collier, D. & Treasure, J. (2004). The aetiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 185, 363-365.



- Cooper, Z. (1995). The development and maintenance of eating disorders. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Eds.) *Eating disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (p. 199- 206). New York: The Guildford Press.
- Crisp, A., Gowers, S., Joughin, N., McClelland, L., Rooney, B., Nielsen, S., ... & Hartman, D. (2006). Anorexia nervosa in males: Similarities and differences to anorexia nervosa in females. *European Eating Disorders Review*, 14, 163-167.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., & Marchesini, G. (2008). Compulsive exercise to control shape or weight in eating disorders: prevalence, associated features, and treatment outcome. *Comprehensive psychiatry*, 49(4), 346-352.
- Darcy, A. M., & Lin, I. H. J. (2012). Are we asking the right questions? A review of assessment of males with eating disorders. *Eating Disorders*, 20(5), 416-426.
- Dominé, F., Berchtold, A., Akre, C., Michaud, P. A., & Suris, J. C. (2009). Disordered eating behaviors: what about boys?. *Journal of Adolescent Health*, 44(2), 111-117.
- Eisenberg, D., Nicklett, E. J., Roeder, K., & Kirz, N. E. (2011). Eating disorder symptoms among college students: Prevalence, persistence, correlates, and treatment-seeking. *Journal of American College Health*, 59(8), 700-707.
- Eneva, K. T., Murray, S., O'Garro-Moore, J., Yiu, A., Alloy, L. B., Avena, N. M., & Chen, E. Y. (2017). Reward and punishment sensitivity and disordered eating behaviors in men and women. *Journal of eating disorders*, 5(1), 6.
- Fairburn, C. G. & Cooper, Z. (1993). The eating disorder examination (12th edition). In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.). *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (p. 317–360). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(1), 407-416.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of general psychiatry*, 56(5), 468-476.
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 425-432.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Archives of General psychiatry*, 54(6), 509-517.
- Fernández-Aranda, F., Aitken, A., Badia, A., Gimenez, L., Solano, R., Collier, D., ... & Vallejo, J. (2004). Personality and psychopathological traits of males with an eating disorder. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 12(6), 367-374.
- Field, A. E., Sonnevile, K. R., Crosby, R. D., Swanson, S. A., Eddy, K. T., Camargo, C. A., ... & Micali, N. (2014). Prospective associations of concerns about physique and the development of obesity, binge drinking, and drug use among adolescent boys and young adult men. *JAMA Pediatrics*, 168(1), 34-39.
- Forney, K. J., Holland, L. A., Joiner, T. E., & Keel, P. K. (2015). Determining empirical thresholds for “definitely large” amounts of food for defining binge-eating episodes. *Eating disorders*, 23(1), 15-30.

- Gadalla, T. M. (2008). Psychiatric comorbidity in eating disorders: a comparison of men and women. *Journal of Men's Health*, 5(3), 209-217.
- Galusca, B., Leca, V., Germain, N., Frere, D., Khalfallah, Y., Lang, F., & Estour, B. (2012). Normal inhibin B levels suggest partial preservation of gonadal function in adult male patients with anorexia nervosa. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(5), 1442-1447.
- Gardner, R. M., Stark, K., Friedman, B. N., & Jackson, N. A. (2000). Predictors of eating disorder scores in children ages 6 through 14: A longitudinal study. *Journal of psychosomatic research*, 49(3), 199-205.
- Goldfield, G. S., Blouin, A. G., & Woodside, D. B. (2006). Body image, binge eating, and bulimia nervosa in male bodybuilders. *The Canadian journal of psychiatry*, 51(3), 160-168.
- Gonçalves, S., Machado, B. C., Martins, C., Hoek, H. W., & Machado, P. P. (2016). Retrospective correlates for bulimia nervosa: A matched case-control study. *European Eating Disorders Review*, 24(3), 197-205.
- Gouveia, J. P. (2000). Fatores Etiológicos e Desenvolvimentais nos Distúrbios Alimentares. In. I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida* (p. 266-313). Coimbra: Quarteto.
- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courrier*, 6(8), 455-459.
- Greenberg, S. T., & Schoen, E. G. (2008). Males and eating disorders: Gender-based therapy for eating disorder recovery. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4), 464.
- Gueguen, J., Godart, N., Chambry, J., Brun-Eberentz, A., Foulon, C., Divac, PhD, S. M., ... & Huas, C. (2012). Severe anorexia nervosa in men: comparison with severe AN in women and analysis of mortality. *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 537-545.
- Halliwel, E., & Harvey, M. (2006). Examination of a sociocultural model of disordered eating among male and female adolescents. *British journal of health psychology*, 11(2), 235-248.
- Halliwel, E., Dittmar, H., & Orsborn, A. (2007). The effects of exposure to muscular male models among men: Exploring the moderating role of gym use and exercise motivation. *Body Image*, 4(3), 278-287.
- Harrison, C., Mitchison, D., Rieger, E., Rodgers, B., & Mond, J. (2016). Emotion regulation difficulties in binge eating disorder with and without the overvaluation of weight and shape. *Psychiatry research*, 245, 436-442.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2015). Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 24(1), 177-196.
- Herzog, D. B. (1982). Bulimia: The secretive syndrome. *Psychosomatics*, 23(5), 481-487.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Jacobi, C., & Fittig, E. (2010). Psychosocial Risk Factors for Eating Disorders. In. W. S. Agras (Eds.), *The Oxford Handbook of Eating Disorders* (p. 123-136). New York: Oxford University Press.

- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 394-400.
- Keel, P. K. (2017). *Eating Disorders* (2<sup>nd</sup> Ed.). New York: Oxford University Press.
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340-345.
- Kinzl, J. F., Mangweth, B., Traweger, C. M., & Biebl, W. (1997). Eating disordered behavior in males: The impact of adverse childhood experiences. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 131-138.
- Kjelsås, E., Augestad, L. B., & Flanders, D. (2003). Screening of males with eating disorders. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 8(4), 304-310.
- Kjelsås, E., Bjørnstrøm, C., & Götestam, K. G. (2004). Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years). *Eating behaviors*, 5(1), 13-25.
- Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Moerk, K. C., & Striegel-Moore, R. H. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 426-440.
- Lie, S. Ø., Rø, Ø., & Bang, L. (2019). Is bullying and teasing associated with eating disorders? A systematic review and meta-analysis. *International journal of eating disorders*, 52(5), 497-514.
- Machado, B. (2010). *Fatores de risco no desenvolvimento da anorexia nervosa*. Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Machado, B. C. & Gonçalves, S. (2019). Perturbações da Alimentação e da Ingestão. In L. M. Antunes, C. Fonte, S. Alves, A. Sani, R. Estrada & S. Caridade (Eds.). *Dicionário Comportamento e Saúde Mental* (p. 92-95). Lisboa: Pactor.
- Machado, B. C., Gonçalves, S. F., Martins, C., Brandão, I., Roma-Torres, A., Hoek, H. W., & Machado, P. P. (2015). Anorexia nervosa versus bulimia nervosa: differences based on retrospective correlates in a case-control study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21(2), 185-197.
- Machado, B. C., Gonçalves, S. F., Martins, C., Hoek, H. W., & Machado, P. P. (2014). Risk factors and antecedent life events in the development of anorexia nervosa: A Portuguese case-control study. *European Eating Disorders Review*, 22(4), 243-251.
- Marchi, M., & Cohen, P. (1990). Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(1), 112-117.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM'SPSS – Saber como decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Martinussen, M., Friborg, O., Schmierer, P., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Neunhoeffter, A. L., ... & Rosenvinge, J. H. (2017). The comorbidity of personality disorders in eating disorders: a meta-analysis. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(2), 201-209.

- Melin, P., & Araújo, A. M. (2002). Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 73-76.
- Milos, G., Spindler, A., Ruggiero, G., Klaghofer, R., & Schnyder, U. (2002). Comorbidity of obsessive-compulsive disorders and duration of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 284-289.
- Muise, A. M., Stein, D. G., & Arbes, G. (2003). Eating disorders in adolescent boys: a review of the adolescent and young adult literature. *Journal of Adolescent Health*, 33(6), 427-435.
- Murray, S. B., Griffiths, S., & Mond, J. M. (2016). Evolving eating disorder psychopathology: Conceptualising muscularity-oriented disordered eating. *The British Journal of Psychiatry*, 208(5), 414-415.
- Murray, S. B., Griffiths, S., Rieger, E., & Touyz, S. (2014). A comparison of compulsive exercise in male and female presentations of anorexia nervosa: what is the difference?. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 2(1), 65-70.
- Murray, S. B., Nagata, J. M., Griffiths, S., Calzo, J. P., Brown, T. A., Mitchison, D., ... & Mond, J. M. (2017). The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. *Clinical Psychology Review*, 57, 1-11.
- Murray, S. B., Rieger, E., Hildebrandt, T., Karlov, L., Russell, J., Boon, E., ... & Touyz, S. W. (2012). A comparison of eating, exercise, shape, and weight related symptomatology in males with muscle dysmorphia and anorexia nervosa. *Body Image*, 9(2), 193-200.
- Norris, M. L., Apsimon, M., Harrison, M., Obeid, N., Buchholz, A., Henderson, K. A., & Spettigue, W. (2012). An examination of medical and psychological morbidity in adolescent males with eating disorders. *Eating disorders*, 20(5), 405-415.
- Núñez-Navarro, A., Agüera, Z., Krug, I., Jiménez-Murcia, S., Sánchez, I., Araguz, N., ... & Moragas, L. (2012). Do men with eating disorders differ from women in clinics, psychopathology and personality?. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 23-31.
- Ousley, L., Cordero, E. D., & White, S. (2008). Eating disorders and body image of undergraduate men. *Journal of American College Health*, 56(6), 617-622.
- Peebles, R., Wilson, J. L., & Lock, J. D. (2011). Self-injury in adolescents with eating disorders: correlates and provider bias. *Journal of Adolescent Health*, 48(3), 310-313.
- Petrie, T. A., & Rogers, R. (2001). Extending the discussion of eating disorders to include men and athletes. *The Counseling Psychologist*, 29(5), 743-753.
- Pike, K. M., Hilbert, A., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., Walsh, B. T., & Striegel-Moore, R. (2008). Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: a case-control study. *Psychological medicine*, 38(10), 1443-1453.
- Pila, E., Mond, J. M., Griffiths, S., Mitchison, D., & Murray, S. B. (2017). A thematic content analysis of #cheatmeal images on social media: Characterizing an emerging dietary trend. *International Journal of Eating Disorders*, 50(6), 698-706.
- Raevuori, A., Keski-Rahkonen, A., & Hoek, H. W. (2014). A review of eating disorders in males. *Current opinion in psychiatry*, 27(6), 426-430.
- Räisänen, U., & Hunt, K. (2014). The role of gendered constructions of eating disorders in delayed help-seeking in men: a qualitative interview study. *BMJ Open*, 4(4), 1-8.

- Reas, D. L., & Stedal, K. (2015). Eating disorders in men aged midlife and beyond. *Maturitas*, 81(2), 248-255.
- Reijntjes, A., Kamphuis, J. H., Prinzie, P., & Telch, M. J. (2010). Peer victimization and internalizing problems in children: A meta-analysis of longitudinal studies. *Child abuse & neglect*, 34(4), 244-252.
- Rodgers, R. F., Paxton, S. J., & Chabrol, H. (2009). Effects of parental comments on body dissatisfaction and eating disturbance in young adults: A sociocultural model. *Body image*, 6(3), 171-177.
- Schaumberg, K., Welch, E., Breithaupt, L., Hübel, C., Baker, J. H., Munn-Chernoff, M. A., ... & Hardaway, A. J. (2017). The science behind the Academy for Eating Disorders' nine truths about eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(6), 432-450.
- Schilling, L. P. (2018). Disorder in disguise: recognizing the need for change when common diet trends cause harm. *ACSM's Health & Fitness Journal*, 22(5), 34-39.
- Shingleton, R. M., Thompson-Brenner, H., Thompson, D. R., Pratt, E. M., & Franko, D. L. (2015). Gender differences in clinical trials of binge eating disorder: An analysis of aggregated data. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(2), 382.
- Smink, F. R., Hoeken, D., Oldehinkel, A. J., & Hoek, H. W. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 610-619.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414.
- Støving, R. K., Andries, A., Brixen, K., Bilenberg, N., & Hørdér, K. (2011). Gender differences in outcome of eating disorders: a retrospective cohort study. *Psychiatry research*, 186(2-3), 362-366.
- Striegel-Moore, R. H. & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62 (3), 181-198
- Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. L. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34(S1), S19-S29.
- Striegel-Moore, R. H., Garvin, V., Dohm, F. A., & Rosenheck, R. A. (1999). Eating disorders in a national sample of hospitalized female and male veterans: Detection rates and psychiatric comorbidity. *International Journal of Eating Disorders*, 25(4), 405-414.
- Striegel-Moore, R. H., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G. T., May, A., & Kraemer, H. C. (2009). Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 42(5), 471-474.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., Teplinsky, C., & DeAntonio, M. (2006). Are there gender differences in core symptoms, temperament, and short-term prospective outcome in anorexia nervosa?. *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 570-575.
- Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. C., & Turberville, D. (2012). Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eating disorders*, 20(5), 346-355.
- Sullivan, P. F. (1995). Mortality in Anorexia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1073-1074.

- Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. K. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clinical journal of sport medicine*, 14(1), 25-32.
- Sutter, M. E., Nasim, A., Veldheer, S., & Cobb, C. O. (2016). Associations between unhealthy dieting behaviors and tobacco use among adolescents. *Journal of eating disorders*, 4(1), 39.
- Tanofsky, M. B., Wilfley, D. E., Spurrell, E. B., Welch, R., & Brownell, K. D. (1997). Comparison of men and women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 21(1), 49-54.
- Tiggemann, M., Martins, Y., & Kirkbride, A. (2007). Oh to be lean and muscular: body image ideals in gay and heterosexual men. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(1), 15.
- Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L., & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry research*, 230(2), 294-299.
- Vincent, M. A., & McCabe, M. P. (2000). Gender differences among adolescents in family, and peer influences on body dissatisfaction, weight loss, and binge eating behaviors. *Journal of youth and Adolescence*, 29(2), 205-221.
- Vo, M., Lau, J., & Rubinstein, M. (2016). Eating disorders in adolescent and young adult males: presenting characteristics. *Journal of Adolescent Health*, 59(4), 397-400.
- Wansink, B., Cheney, M. M., & Chan, N. (2003). Exploring comfort food preferences across aged gender. *Physiology & behavior*, 79(4-5), 739-747.
- Welch, E., Ghaderi, A., & Swenne, I. (2015). A comparison of clinical characteristics between adolescent males and females with eating disorders. *BMC Psychiatry*, 15, 45.
- Weltzin, T. E., Cornella-Carlson, T., Fitzpatrick, M. E., Kennington, B., Bean, P., & Jefferies, C. (2012). Treatment issues and outcomes for males with eating disorders. *Eating Disorders*, 20(5), 444-459.
- Weltzin, T. E., Weisensel, N., Franczyk, D., Burnett, K., Klitz, C., & Bean, P. (2005). Eating disorders in men: Update. *The Journal of Men's Health & Gender*, 2(2), 186-193.
- Woodside, D. B., Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A. S., Goldbloom, D. S., & Kennedy, S. H. (2001). Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 570-574.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical description and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Yao, S., Kuja-Halkola, R., Thornton, L. M., Runfola, C. D., D'Onofrio, B. M., Almqvist, C., ... & Bulik, C. M. (2016). Familial liability for eating disorders and suicide attempts: evidence from a population registry in Sweden. *JAMA Psychiatry*, 73(3), 284-291.
- Zuckerman, D. M., Colby, A., Ware, N. C., & Lazerson, J. S. (1986). The prevalence of bulimia among college students. *American Journal of Public Health*, 76(9), 1135-1137.

# ANEXOS

## Anexo I – Lista de variáveis excluídas por falta de variabilidade em cada Domínio

<b>Domínio I – Vulnerabilidade Pessoal</b>	<b>Domínio II – Vulnerabilidade Ambiental</b>	<b>Domínio III – Vulnerabilidade para Dietas</b>
Rivalidade entre irmãos	Número mudanças para estrangeiro	Autoavaliação comparativamente com irmãos
Presença de problemas de saúde com alteração do peso e/ou aparência	Mudança figura parental	Forma física das irmãs percebidas como mais atraente com preocupação)
Perfeccionismo	Desentendimento na família	PCA nos pais desde sempre
Hiperatividade na infância	Subenvolvimento e envolvimento excessivo da mãe	PCA nos pais antes de idade índex
Enurese na infância	Envolvimento excessivo do pai	Dieta com amigos
Tentativa de suicídio antes da idade índex	Envolvimento excessivo dos pais	
Abuso de medicamentos antes da idade índex	Ocupações de risco na família (trabalho comida)	
Uso de drogas ilegais antes da idade índex (anfetaminas, cocaína, calmantes, colas, drogas injetáveis)	Perturbação maníaca dos pais desde sempre	
Abuso de drogas ilegais antes da idade índex (anfetaminas, cocaína, calmantes, colas, drogas injetáveis)	Perturbação maníaca dos pais antes e depois da idade índex	
Perda de controlo no sexo antes da idade índex	Abuso de álcool dos pais desde sempre e antes da idade índex	
Jogo descontrolado antes da idade índex	Abuso de drogas dos pais depois da idade índex	
Mudança de casa, de país, doenças e abuso um ano antes da idade índex (fatores precipitantes)		
Agitação na depressão antes da idade índex		
Humor elevado		



Pensamentos a grande  
velocidade no síndrome  
maníaco

Perturbação maníaca antes  
da idade índex

Autoestima inflacionada no  
síndrome maníaco

Menor necessidade de  
dormir no síndrome maníaco

Pressão para falar no  
síndrome maníaco

Problemas de concentração  
no síndrome maníaco

Aumento da atividade no  
síndrome maníaco

Comportamento perigoso no  
síndrome maníaco

Problema sério ou  
internamento no síndrome  
maníaco

Drogas, medicamentos ou  
álcool no síndrome maníaco

Problemas de saúde grave  
que afetou peso e/ou  
aparência

---

**Anexo II – Teste do Qui-Quadrado relativo às associações não significativas  
verificadas no Domínio I – Vulnerabilidade Pessoal**

<b>DOMÍNIO I – VULNERABILIDADE PESSOAL</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b><i>p</i></b>
Acontecimento precipitante da depressão	.794	.391 <sup>a</sup>
Acontecimento significativo 12 meses antes da idade índice – agressão	.794	.391 <sup>a</sup>
Acontecimento significativo 12 meses antes da idade índice – alguém se juntou ou deixou a família	.232	1.000 <sup>a</sup>
Acontecimento significativo 12 meses antes da idade índice – comentário críticos em relação ao peso/forma/alimentação	.602	.740 <sup>a</sup>
Acontecimento significativo 12 meses antes da idade índice – doença	.085	1.000 <sup>a</sup>
Acontecimento significativo 12 meses antes da idade índice – doença significativa	.676	.411
Acontecimento significativo 12 meses antes da idade índice – exames/pressão no trabalho	.127	1.000 <sup>a</sup>
Acontecimento significativo 12 meses antes da idade índice – início de um relacionamento afetivo	.349	.840
Acontecimento significativo 12 meses antes da idade índice – morte	.173	1.000 <sup>a</sup>
Acontecimento significativo 12 meses antes da idade índice – rompimento de um relacionamento afetivo	3.740	.154
Acontecimento significativo 12 meses antes da idade índice – stress	.545	.761
Alimentação antes dos 5 anos	.397	.685 <sup>a</sup>
Alimentação entre os 5 e 12 anos	.783	.450 <sup>a</sup>
Altura acima/abaixo da média e com preocupação em criança e adolescente	1.527	.266 <sup>a</sup>
Altura média em criança e adolescente	2.378	.123
Amigos	1.553	.380 <sup>a</sup>
Ansiedade	.397	.685 <sup>a</sup>
Autoavaliação negativa geral	.761	.477 <sup>a</sup>
Autoflagelação antes da idade índice	.085	1.000 <sup>a</sup>
Birras antes da idade índice	.397	.685 <sup>a</sup>
Capacidade diminuída de pensamento na depressão antes da idade índice	1.137	.402 <sup>a</sup>

Cicatrizes ou problemas de pele	.173	1.000 <sup>a</sup>
Consciência	2.433	.220 <sup>a</sup>
Consciência acerca da aparência	.350	.709 <sup>a</sup>
Culpa e desvalorização na depressão antes da idade índex	.555	.685 <sup>a</sup>
Doença e medicação na depressão	.001	1.000 <sup>a</sup>
Exercício	1.527	.266 <sup>a</sup>
Gastos excessivos antes da idade índex	1.527	.266 <sup>a</sup>
Humor depressivo antes da idade índex	.005	1.000 <sup>a</sup>
Humor irritável	.173	1.000 <sup>a</sup>
Ideação suicida na depressão antes da idade índex	1.712	.313 <sup>a</sup>
Lentificação na depressão antes da idade índex	.495	.594 <sup>a</sup>
Magoar-se	1.712	.282 <sup>a</sup>
Meter-se em problemas	1.527	.266 <sup>a</sup>
Overdose de medicamentos	1.553	.380 <sup>a</sup>
Perda de energia na depressão antes da idade índex	.555	.685 <sup>a</sup>
Perda de peso significativa antes da idade índex	.085	1.000 <sup>a</sup>
Perda do interesse e do prazer antes da idade índex	.203	.706 <sup>a</sup>
Presença de acontecimento precipitante	.114	1.000 <sup>a</sup>
Presença de mais do que um acontecimento precipitante	.397	.685 <sup>a</sup>
Presença de problemas de saúde antes da idade índex	.048	1.000 <sup>a</sup>
Roer as unhas antes da idade índex	.005	1.000 <sup>a</sup>
Sono na depressão antes da idade índex	.528	.640 <sup>a</sup>
Timidez	.699	.476 <sup>a</sup>
Uso de cannabis antes da idade índex	3.323	.016 <sup>a</sup>
Vadiagem e evitamento da escola	1.137	.402 <sup>a</sup>
Vadiagem e evitamento da escola por ansiedade e medo	.005	1.000 <sup>a</sup>

---

<sup>a</sup> Valor *p* referente ao Teste de Fisher

**Anexo III – Teste do Qui-Quadrado relativo às associações não significativas  
verificadas no Domínio II – Vulnerabilidade Ambiental**

<b>DOMÍNIO II – VULNERABILIDADE AMBIENTAL</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b><i>p</i></b>
Abuso físico antes de idade índex	.085	1.000 <sup>a</sup>
Abuso físico repetido	1.527	.266 <sup>a</sup>
Abuso psicológico antes da idade índex	3.043	.104 <sup>a</sup>
Abuso sexual/físico grave e/ou repetido antes de idade índex	.085	1.000 <sup>a</sup>
Afeto da mãe	2.356	.275 <sup>a</sup>
Afeto do pai	.007	1.000 <sup>a</sup>
Afeto dos pais	.528	.640 <sup>a</sup>
Contacto parental pobre	.001	1.000 <sup>a</sup>
Controlo excessivo parental	.048	1.000 <sup>a</sup>
Críticas excessivas da mãe	.003	1.000 <sup>a</sup>
Críticas excessivas do pai	1.137	.402 <sup>a</sup>
Críticas excessivas dos pais	.555	.685 <sup>a</sup>
Disciplina normal parental	1.268	.434 <sup>a</sup>
Discussões familiares que não conjugais	2.185	.216 <sup>a</sup>
Discussões parentais	.397	.685 <sup>a</sup>
Discussões parentais com envolvimento do sujeito	.350	.709 <sup>a</sup>
Doença extensa familiares	.699	.476 <sup>a</sup>
Envolvimento da mãe	.001	1.000 <sup>a</sup>
Envolvimento deficitário do pai	.003	1.000 <sup>a</sup>
Envolvimento deficitário dos pais	.998	.640
Envolvimento do pai	1.137	.402 <sup>a</sup>
Envolvimento dos pais	.127	1.000 <sup>a</sup>
Expectativas dos pais	.114	1.000 <sup>a</sup>
Expectativas elevadas da mãe	.783	.450 <sup>a</sup>
Expectativas elevadas do pai	.007	1.000 <sup>a</sup>
Favoritismo entre irmãos (outro preferido)	3.370	.151 <sup>a</sup>
Favoritismo entre irmãos (tratados iguais)	.114	1.000 <sup>a</sup>
Fazer dieta por influência dos familiares	3.370	.151 <sup>a</sup>

Gozo pelos amigos com ameaça	.031	1.000 <sup>a</sup>
Importância da religião	2.378	.123
Isolamento familiar	.676	.411
Morte de significativos que não os pais	.349	.555
Morte parental	.001	1.000 <sup>a</sup>
Nº mudanças de casa	.121	.728
Nº mudanças de casa contexto rural	1,293	.292 <sup>a</sup>
Pouco controlo parental (pouco controlo)	.397	.685 <sup>a</sup>
Presença de agressão por parte dos pais	2.029	.200 <sup>a</sup>
Presença de depressão familiar depois de idade índice	2.557	.153 <sup>a</sup>
Presença de depressão familiar desde sempre	.160	.726 <sup>a</sup>
Presença de depressão parental antes de idade índice	.048	1.000 <sup>a</sup>
Presença de depressão parental depois de idade índice	.005	1.000 <sup>a</sup>
Presença de depressão parental desde sempre	1.172	.279
Presença de doença crónica nos pais	2.001	.261 <sup>a</sup>
Presença de perturbação maníaca antes de idade índice	.232	1.000 <sup>a</sup>
Presença de perturbação maníaca familiar desde sempre	.001	1.000 <sup>a</sup>
Presença de Perturbação Obsessivo-Compulsiva familiar antes de idade índice	.794	.391 <sup>a</sup>
Presença de Perturbação Obsessivo-Compulsiva familiar desde sempre	.794	.391 <sup>a</sup>
Presença de Perturbação Obsessivo-Compulsiva parental antes de idade índice	.003	1.000 <sup>a</sup>
Presença de Perturbação Obsessivo-Compulsiva parental desde sempre	.003	1.000 <sup>a</sup>
Presença de tensão familiar durante as refeições relacionadas com a alimentação	.127	1.000 <sup>a</sup>
Problemas familiar com álcool antes de idade índice	.005	1.000 <sup>a</sup>
Problemas familiar com álcool depois de idade índice	.783	.450 <sup>a</sup>
Problemas familiar com álcool desde sempre	.114	1.000 <sup>a</sup>
Problemas familiares com drogas antes de idade índice	.998	.640 <sup>a</sup>
Problemas familiares com drogas depois de idade índice	.085	.771 <sup>a</sup>
Problemas familiares com drogas desde sempre	.085	1.000 <sup>a</sup>
Problemas parentais com drogas antes de idade índice	.232	1.000 <sup>a</sup>
Problemas parentais com drogas desde sempre	.173	1.000 <sup>a</sup>

Problemas parental com álcool depois de idade índex	.528	.640 <sup>a</sup>
Religião dos pais	.794	.391 <sup>a</sup>
Separação dos pais	2.185	2.16 <sup>a</sup>
Tensão nas refeições familiares durante a infância ou adolescência	1.153	.463 <sup>a</sup>

---

<sup>a</sup> Valor *p* referente ao Teste de Fisher

**Anexo IV – Teste do Qui-Quadrado relativo às associações não significativas  
verificadas no Domínio III – Vulnerabilidade para Dietas**

<b>DOMÍNIO III – VULNERABILIDADE PARA DIETAS</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b><i>p</i></b>
Aparência das irmãs percecionadas como mais atraente com preocupação	.048	1.000 <sup>a</sup>
Atitude do próprio face ao peso dos pais	.794	.391 <sup>a</sup>
Comentários dos familiares sobre alimentação	.203	.706 <sup>a</sup>
Comentários dos outros alimentação	.783	.450 <sup>a</sup>
Comentários dos outros sobre peso e forma	2.433	.220 <sup>a</sup>
Comentários dos pais sobre alimentação	.127	1.000 <sup>a</sup>
Comentários dos pais sobre peso e forma	.085	1.000 <sup>a</sup>
Consequências negativas devido ao baixo peso durante a primária	.555	.685 <sup>a</sup>
Consequências negativas devido ao baixo peso durante o secundário	.085	1.000 <sup>a</sup>
Consequências negativas devido ao elevado peso durante o secundário	2.922	.130 <sup>a</sup>
Dieta familiar outros motivos	.048	1.000 <sup>a</sup>
Dieta individual por outros motivos	.528	.640 <sup>a</sup>
Forma física das irmãs sem comparação ou preocupação	.699	.476 <sup>a</sup>
Não se sentir enorme	.761	.477 <sup>a</sup>
Não se sentir gorda/o	.114	1.000 <sup>a</sup>
Ocupações de risco familiares – peso e corpo importantes	.232	1.000 <sup>a</sup>
Ocupações de risco pessoais – peso e corpo importantes	.001	1.000 <sup>a</sup>
Ocupações de risco pessoais –trabalho com comida	.173	1.000 <sup>a</sup>
Pais com baixo peso	.495	.594 <sup>a</sup>
Peso baixo durante a escola primária	.048	1.000 <sup>a</sup>
Peso baixo durante escola secundária	1.786	.181
Peso elevado durante escola secundária	.350	.709 <sup>a</sup>
Peso máximo da mãe antes de idade index	1.293	.292 <sup>a</sup>
Peso máximo do pai antes de idade index	2.433	.220 <sup>a</sup>
Peso máximo mãe de sempre	1.293	.292 <sup>a</sup>
Peso normal durante a escola primária	1.172	.279
Peso normal durante escola secundária	.114	1.000 <sup>a</sup>
Preocupação familiar com peso/forma corporal antes de idade index	.015	.903 <sup>a</sup>

Preocupação parental com peso/forma corporal antes de idade índex	.031	1.000 <sup>a</sup>
Presença de baixo peso na família	2.433	.220 <sup>a</sup>
Presença de consequências devido ao baixo peso durante a primária	2.185	.216 <sup>a</sup>
Presença de consequências devido ao baixo peso durante o secundário	.160	.726 <sup>a</sup>
Presença de consequências devido ao elevado peso durante a primária	2.433	.220 <sup>a</sup>
Presença de consequências devido ao elevado peso durante o secundário	.114	1.000 <sup>a</sup>
Presença de dieta familiar devido ao peso antes de idade índex	.676	.411 <sup>a</sup>
Presença de dieta no grupo de pares	.048	1.000 <sup>a</sup>
Presença de dieta parental devido ao peso antes de idade índex	.031	1.000 <sup>a</sup>
Presença de IAC familiar antes de idade índex	.173	1.000 <sup>a</sup>
Presença de IAC parental antes de idade índex	1.553	.380 <sup>a</sup>
Presença de obesidade nos pais desde sempre	.127	1.000 <sup>a</sup>
Presença de PCA em amigo/par	.888	.451 <sup>a</sup>
Presença de PCA em conhecido	2.933	.130 <sup>a</sup>
Sentir-se gorda/o com preocupação	.676	.411

---

<sup>a</sup> Valor *p* referente ao Teste de Fisher